FACULTÉ MIXTE
DE
MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE
DE MARSEILLE

N° 7

LES TUMEURS DE L'OVAIRE

Etude clinique et thérapeutique

THÈSE

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE
DEVANT LA FACULTÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE
ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE
Le 1943

PAR

Paul DIEULANGARD
INTERNE DES HÔPITAUX
DIPLÔMÉ D'HYGIÈNE
DIPLÔMÉ DE MÉDECINE COLONIALE
né le 23 Février 1915, à Etang-sur-Arroux (Saône-et-Loire)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse :
MM. VAYSSIÈRE, Professeur, *Président.*
FIOLLE, Professeur.
J. CHOSSON, Agrégé
J. DOR, Agrégé.
Assesseurs

MAURICE DECLUME
IMPRIMEUR - ÉDITEUR
LONS-LE-SAUNIER
1943

DIEULANGARD (Paul). —

Les Tumeurs de l'ovaire. Etude clinique et thérapeutique. Lons-le-Saunier, M. Declume, impr., 1943. In 8°, 166 p.

Thèse, Méd., Marseille, 1943, n° 7

DIEULANGARD (Paul). —

Les Tumeurs de l'ovaire. Etude clinique et thérapeutique. Lons-le-Saunier, M. Declume, impr., 1943. In 8°, 166 p.

Thèse, Méd., Marseille, 1943, n° 7

DIEULANGARD (Paul). —

Les Tumeurs de l'ovaire. Etude clinique et thérapeutique. Lons-le-Saunier, M. Declume, impr., 1943. In 8°, 166 p.

Thèse, Méd., Marseille, 1943, n° 7

DIEULANGARD (Paul). —

Les Tumeurs de l'ovaire. Etude clinique et thérapeutique. Lons-le-Saunier, M. Declume, impr., 1943. In 8°, 166 p.

Thèse, Méd., Marseille, 1943, n° 7

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547003_0026

FACULTÉ MIXTE
DE
MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE
DE MARSEILLE N°

LES TUMEURS DE L'OVAIRE

Etude clinique et thérapeutique

THÈSE

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE
DEVANT LA FACULTÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE
ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE
Le 1943

PAR

Paul DIEULANGARD
INTERNE DES HÔPITAUX
DIPLÔMÉ D'HYGIÈNE
DIPLÔMÉ DE MÉDECINE COLONIALE
né le 23 Février 1915, à Etang-sur-Arroux (Saône-et-Loire)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse
MM. VAYSSIÈRE, Professeur, *Président.*
FIOLLE, Professeur.
J. CHOSSON, Agrégé. } *Assesseurs*
J. DOR, Agrégé.

MAURICE DECLUME
IMPRIMEUR - ÉDITEUR
LONS-LE-SAUNIER
1943

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

PERSONNEL DE LA FACULTÉ MIXTE

DE

MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE

Doyen : Lucien CORNIL *Assesseur :* F. MERCIER

Doyen honoraire : L. IMBERT

Professeurs honoraires : MOITESSIER, CASSOUTE
OLMER, GAUJOUX, CÔTTE, AUBARET

Chargé de cours honoraire : TIAN.

Secrétaire : J. COMTE *Bibliothécaire :* Mme PEROL.

Professeurs :

Anatomie	CORSY
Anatomie pathologique et Pathologie expérimentale	CORNIL
Bactériologie	ROUSLACROIX
Chimie analytique et hydrologie	RIMATTEI
Chimie médicale	ROCHE
Clinique chirurgicale	FIOLLE
Clinique chirurgicale	BOURDE
Clinique exotique	HECKENROTH
Clinique des maladies nerveuses	ROGER
Clinique médicale	AUDIBERT
Clinique médicale	MONGES
Clinique médicale	MATTEI
Clinique médicale infantile	GIRAUD
Clinique obstétricale	VAYSSIÈRE
Clinique ophtalmologique	JAYLE
Clinique Oto-Rhino-Laryngologique	BREMOND
Clinique urologique	CHAUVIN
Histoire naturelle	N...
Histologie	ROMIEU
Hygiène générale et coloniale	VIOLLE
Médecine légale	MOSINGER
Parasitologie	JOYEUX
Pathologie chirurgicale	MOIROUD
Pharmacodynamie et matière médicale	MERCIER
Pharmacie	VIGNOLI
Physiologie	N...
Physique	CHEVALLIER
Thérapeutique	POINSO
Professeur sans chaire	POURSINES
Professeur sans chaire	DUBOULOZ
Professeur sans chaire	SAUTET

Chargés de cours :

Clinique dermatologique ..... VIGNE
Hydrologie thérapeutique ..... PIERI

Agrégés en exercice :

MM. BERTHIER	MM. CHOSSON	MM. AUDIER
BALANSARD	DELPHAUT	DOR
BRAHIC	R. IMBERT.	RECORDIER
FIGARELLA	PAILLAS	SALMON
ARNOUX		

Chargés des fonctions d'agrégé :

Chimie médicale ..... DERRIEN
Physiologie ..... DONNET

Chargés de Cours complémentaires :

Anatomie descriptive et topographique ..... SALMON
Chimie minérale ..... ARNOUX
Chimie organique ..... DUMAZERT
Clinique de la tuberculose ..... BERTHIER
Clinique des maladies contagieuses ..... PERIOT
Clinique chirurgicale infantile ..... R. IMBERT
Clinique stomatologique ..... ACHARD
Clinique gynécologique ..... FIGARELLA
Médecine opératoire ..... DOR
Microbiologie (Pharmacie) ..... BOYER
Neuro-Chirurgie ..... ARNAUD
Obstétrique ..... CHOSSON
Pharmacodynamie (Pharmacie) ..... DELPHAUT
Psychiatrie ..... ALLIEZ
Toxicologie ..... GUILLOT

A LA MÉMOIRE DE MON BEAU-PÈRE

Par l'affection dont il m'a entouré, il a été pour moi un second Père.

A MA MÈRE ET A MON PÈRE

Témoignage bien modeste de ma tendresse et de ma reconnaissance infinies.

A MA FEMME ET A MA FILLE MICHÈLE

Avec tout mon amour.

A MON FRÈRE

Prisonnier de guerre à l'Oflag II B

Notre affection réciproque qui fut une des joies de ma jeunesse me rend d'autant plus pénible son absence.

A MA BELLE-MÈRE

Bien affectueusement.

A TOUS MES PARENTS

A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR E. VAYSSIÈRE

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la Présidence de notre Jury de thèse et de s'intéresser à ce travail dont il a su nous faciliter la réalisation.

Nous le remercions profondément pour l'enseignement qu'il nous prodigue, pour l'exemple qu'il nous donne et pour la qualité de la formation obstétricale que nous lui devons.

Qu'il veuille trouver ici l'hommage de notre respectueuse gratitude pour sa bonté à notre égard et pour la grande bienveillance qu'il nous a maintes fois témoignée, et dont il vient tout récemment encore, de nous donner une nouvelle preuve.

A NOTRE JURY DE THÈSE

A Monsieur le Professeur FIOLLE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Dans son service nous avons pris contact avec la vie hospitalière et pris goût à la Chirurgie. C'est avec un réel plaisir qu'à nouveau nous avons fréquenté son enseignement empreint d'une haute tenue morale et technique. Nous le remercions d'avoir bien voulu nous ouvrir encore son service pour la réalisation de ce travail.

A notre Maître
Monsieur le Professeur Agrégé J. CHOSSON

qui nous a accueilli avec beaucoup de bienveillance et a bien voulu nous faire l'honneur de s'intéresser à nous. Nous le remercions de s'être attaché à l'élaboration de cette thèse qu'il a éclairée de ses précieux conseils.

Nous garderons longtemps le souvenir de nos longues causeries du matin pendant lesquelles il nous instruit si amicalement. Qu'il croie à notre profonde et bien sincère reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Agrégé J. DOR

dont nous avons toujours goûté et parfois subi les assauts incisifs de son esprit et qui a su rendre si vivant et si fructueux le semestre que nous avons passé auprès de lui.

A NOTRE MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ F. CARCASSONNE

Son élève depuis de nombreuses années nous avons pu apprécier, outre ses qualités de Maître et d'opérateur, son entrain dans le travail, sa bonne humeur, sa franchise et son bon cœur. Lorsque nous étions son interne, il nous a inspiré le sujet de cette thèse qu'il a guidée de son expérience. Nous le remercions sincèrement de tout ce qu'il a fait pour nous et pour les marques d'amitié et de confiance qu'il nous témoigne.

Nous sommes heureux de pouvoir lui exprimer ici notre profonde gratitude envers lui-même et envers sa famille auprès de qui nous avons toujours trouvé un accueil affectueux.

A NOS MAÎTRES DE LA FACULTÉ

A MONSIEUR LE DOYEN LUCIEN CORNIL

PROFESSEUR D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET DE MÉDECINE EXPÉRIMENTALE
DIRECTEUR DES LABORATOIRES DES HÔPITAUX
DIRECTEUR DU CENTRE ANTI-CANCÉREUX
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Nous avons été très sensible à l'honneur qu'il nous a fait en s'intéressant à cette thèse et en nous permettant d'utiliser les riches documents de son Laboratoire. Nous l'en remercions bien vivement.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VIOLLE

PROFESSEUR D'HYGIÈNE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

qui a bien voulu nous guider et nous témoigner de l'intérêt pendant toute la durée de nos études. Qu'il trouve ici l'hommage de notre reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J. PAILLAS

qui nous manifesta toujours une amicale bienveillance.

A NOS MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

A

MONSIEUR LE DOCTEUR R. DE VERNEJOUL

MONSIEUR LE PROFESSEUR FIOLLE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROGER

MONSIEUR LE DOCTEUR CASABIANCA

dont nous avons eu l'honneur d'être l'externe.

A

MONSIEUR LE DOCTEUR ISEMEIN

MONSIEUR LE DOCTEUR GAMEL

MONSIEUR LE DOCTEUR L. ARTAUD

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CARCASSONNE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ R. IMBERT

MONSIEUR LE PROFESSEUR CHAUVIN

MONSIEUR LE DOCTEUR CAMBON

MONSIEUR LE DOCTEUR PLASSE

MONSIEUR LE DOCTEUR MICHEL

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J. DOR

MONSIEUR LE PROFESSEUR VAYSSIÈRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J. CHOSSON

dont nous avons eu l'honneur d'être l'interne.

A Monsieur le Docteur J. MASSAD

qui nous a donné de nombreuses marques d'amitié.

A mes Aînés,

Le Docteur M. RAYNAUD

CHEF DE CLINIQUE MÉDICALE

Le Docteur X. SERAFINO

CHEF DE CLINIQUE CHIRURGICALE

Le Docteur J. POUCEL

CHEF DE CLINIQUE CHIRURGICALE

Le Docteur J. AUBANEL

CHEF DE CLINIQUE MÉDICALE

Le Docteur R. BERNARD

CHEF DE CLINIQUE MÉDICALE INFANTILE

Le Docteur J. LAMY

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

qui m'ont préparé aux concours.

A mon Ami le Docteur Jean LABASTIE

notre vieille amitié issue du Lycée de Bayonne s'est transformée à la Faculté en une fraternelle affection.

A MES CAMARADES D'INTERNAT

en particulier à mon ami le Docteur P. BONNEFOI

A TOUS MES AMIS.

Nous prions nos Maîtres dans les Hôpitaux, Monsieur le Professeur VAYSSIERE, Monsieur le Professeur FIOLLE, Monsieur le Professeur BOURDE, Monsieur le Professeur Agrégé CARCASSONNE, Monsieur le Professeur Agrégé CHOSSON, Monsieur le Docteur MICHEL. Monsieur le Docteur De VERNEJOUL, Monsieur le Docteur GAMEL qui nous ont confié les observations de leur clientèle et de leur service hospitalier, d'accepter tous nos vifs remerciements.

Les examens histo-pathologiques ont été pratiqués dans le laboratoire d'Anatomie Pathologique de l'Hôpital de la Conception (Doyen L. CORNIL) ; nous remercions Monsieur le Docteur P. LAVAL qui a interprété et bien voulu revoir certaines coupes histologiques.

INTRODUCTION.

« L'opérateur de trouvant en présence d'une tumeur ovarienne doit de toute nécessité être capable de reconnaître sa nature bénigne ou maligne, de proportionner son acte opératoire à la gravité de cette lésion ou aux chances de guérison prolongée que comporte la tumeur. »

(MOULONGUET)

De nombreux travaux pendant ces dernières années ont tenté de classer les idées actuelles sur la question des tumeurs de l'ovaire ; de nombreuses publications, par contre ont créé une multiplicité de formes au préjudice d'une claire simplicité tactique dans la conduite thérapeutique. La question des tumeurs de l'ovaire soulève de nombreux problèmes étiologiques et anatomopathologiques d'abord, cliniques, pronostics et thérapeutiques ensuite.

L'étiologie et l'anatomie pathologique représentent l'angle spéculatif d'un intérêt de tout premier plan ; l'anatomie pathologique, en effet, devant le problème pronostic nous donne les résultats les plus précis les moins sujets à caution, en un mot les plus scientifiques.

La clinique, elle, nous porte sur le terrain de la pratique journalière et c'est là son grand avantage ; elle seule suffit pour commander (poser) l'indication thérapeutique ; d'autre part à ventre ouvert, l'évaluation approximative de la nature de la tumeur et la connaissance du degré d'envahissement de la lésion, sont des éléments importants pour la conduite opératoire. La clinique et les constatations opératoires possèdent donc des données diagnostiques, indéniables : quelles sont elles ? quelle en est leur valeur ? c'est ce que nous voudrions

essayer de dégager dans ce travail à la lumière de quelques observations inédites et des travaux des différents auteurs sur ce sujet.

Après avoir précisé dans une définition l'étendue et les limites du terme : tumeur de l'ovaire, nous essaierons d'établir une classification pratique pour l'étude clinique de ces lésions ; une revue séméiologique et diagnostique nous permettra d'envisager le traitement des tumeurs ovariennes.

DÉFINITION. — HISTORIQUE.

Si l'on veut rester dans le domaine clinique et pratique, une définition large s'impose. Nous entendrons donc, sous le nom de Tumeur de l'ovaire, toute néoformation développée aux dépens de celui-ci, quelle qu'en soit la forme évolutive, bénigne ou maligne, ou la forme anatomo-clinique, liquide, solide ou mixte. Le mot de tumeur est donc pris dans son sens le plus large, englobant tout ce qui, en dehors de l'inflammation ou du parasitisme, crée le syndrome du « gros ovaire » : les gros kystes folliculaires ou du corps jaune, les kystes de l'endométriose ovarienne entrent dans le cadre de cette étude, car ils soulèvent le problème clinique de la tumeur ovarienne et doivent y trouver leur place.

HISTORIQUE.

L'histoire des tumeurs de l'ovaire est une histoire plus anatomique que clinique.

On commence à les décrire au cours du XVII[e] siècle ; Morgagni décrit quelques cas et Will parle de l'« hydrops ovarii », le futur kyste de l'ovaire ; à celui-ci, Lieutaud oppose l'« ovaria scirrhosa », la future tumeur solide.

Vers la fin du XVIII[e] siècle, on délaisse l'empirisme du siècle précédent et c'est alors que commence l'étude proprement dite des néoplasies ovariennes. Au nom de l'anatomie, des formes de plus en plus nombreuses sont décrites, et c'est l'ère des grandes classifications anatomiques qui est ouverte. Rokitansky, Cruveilhier, font les études macroscopiques les plus sérieuses ; on peut

ajouter les noms de Le Dran et de Marret, de Cronstatt et de Dugard en 1839.

Cruveilhier, en 1864, parle d'une tumeur gastrique associée à un néoplasme des ovaires, Rokitansky signale le kyste lutéinique.

Vers le milieu du dix-neuvième siècle, la question des tumeurs de l'ovaire n'est plus envisagée sous un angle uniquement anatomique, mais anatomopathologique : cette évolution devait nous amener insensiblement aux conceptions actuelles très pathogéniques basées pour une plus grande part sur l'embryologie. En effet, si Olshausen, Pfannenstiel restent encore très classiques, c'est-à-dire très anatomiques dans leur classification, Waldeyer, Fox, Mayweg commencent à rechercher l'origine des tumeurs ovariennes : inclusions embryonnaires, follicules dégénérés, origine conjonctive. A cette époque diverses formes sont décrites : en 1866, Giraldes étudie les tumeurs de l'ovaire chez l'enfant, en 1895 Friederich Krukenberg décrit une tumeur bilatérale des ovaires, mais sans y voir une origine digestive ; c'est Krause en 1901 et Schlagenhaufer en 1902, qui précisent leur origine métastatique. En 1886 et 1895 Schroeder, Pauly, Gallard, Loewy et Gueniot étudient les kystes dermoïdes bilatéraux.

Kahden en 1895 fait une description de l'« Adénome du follicule de De Graaf ». Brenner décrit l'« Oophorome folliculaire » en 1908 : future tumeur de Brenner.

Quoi qu'il en soit deux mises au point existent de cette période : travail de Malassez et de Sinety en 1878, et rapport de Meriel en 1910 au Congrès de Toulouse qui sépare les tumeurs homotypiques des tumeurs hétérotypiques.

Le XX^{e} siècle, à la suite des travaux des embryologistes et histologistes : Kolliker, Mihalkowicz, de Winniwarter et Sainmont », s'est orienté vers une conception très pathogénique basée sur l'embryologie. Robert Meyer en 1916 fait la transition avec un travail

anatomique fondamental, mais où il recherche déjà une origine embryologique pour chaque cas.

Massabuau, Etienne, restent encore très anatomiques ; mais il faut arriver à Masson qui, en 1922, expose dans « Gynécologie et Obstétrique » et dans « Tumeurs » in « Traité de Pathologie Médicale de Sergent », une classification purement embryologique basée sur l'existence des poussées germinatives ; c'est d'elle que nous nous inspirerons dans notre rappel anatomique. De nombreuses classifications s'échelonnent alors, nous ne citerons que les noms de Kermauner, Taylor (1929), de Robinson (1930), de Blair Bell, Datnow (1932), de Miller, enfin de Forgues et Massabuau, de Lecene et Moulonguet.

Mais certains de ces auteurs ont introduit une nuance clinique, et la notion de malignité et de bénignité entre dans leur classification : Lecene et Moulonguet séparent les kystes néoplasiques bénins et tumeurs solides bénignes des tumeurs et kystes végétants et des tumeurs malignes ; Robinson dans le cadre des tumeurs solides sépare les néoplasies bénignes des néoplasies malignes. Pendant cette même époque, Chevassu décrit le Seminome : type anatomoclinique particulier de tumeur de l'ovaire connu sous le nom de Dysgerminome par les Allemands et les Anglo-saxons. De Mora dans sa thèse en 1930, pour plus de commodités reprend une division anatomique.

Donc, jusqu'en 1930, l'anatomie, la pathogénie embryologique et la clinique, dans une moins grande proportion cependant, entrent comme base de classification: ces dernières années par contre voient la physiologie créer de nouveaux types anatomocliniques de tumeurs ovariennes. Déjà Bullock et Sequeira en 1905, Apert en 1910 parlent d'une tumeur à type de cortico-surrénale : ancêtre probable de l'arrénoblastome. De même Rokitansky signalait en 1859, les kystes lutéiniques que Halban étudie en 1915 au point de vue clinique. En 1901, également Schroeder crée le nom de « folliculo-

me » pour désigner la tumeur de type folliculaire que Brenner et Kahden avaient déjà soupçonnée anatomiquement. En 1910, Lecene décrit le premier cas français de « tumeur de la granulosa ».

Mais il faut arriver à Robert Meyer pour parler vraiment de néoplasies ovariennes à action hormonale et il sépare l'arrénoblastome ou tumeur masculinisante du folliculome ou tumeur féminisante. De là, de nombreux travaux s'orientent vers ce type de tumeurs à potentiel endocrinien : Schuschania, en 1934, pratique des dosages folliculiniques dans les humeurs de femmes ménopausées suspectes de tumeurs ovariennes à action hormonales. Zondek, Ferguson font l'étude biologique du séminome ovarien de Chevassu. Enfin, dans le cadre même des folliculomes, on sépare (Varangot) la tumeur de la granulosa proprement dite des tumeurs de la thèque interne qui décrivent pour la première fois Loffler et Priesel, Melnick, Kanter et Geist. Sous cette impulsion une tendance à la synthèse dans le sens clinique tend à se faire jour, et Mathieu en 1938 base son travail sur le pronostic anatomo-clinique des tumeurs de l'ovaire.

BASES ANATOMIQUES – CLASSIFICATION.

Il n'est pas dans notre intention d'élaborer une nouvelle classification des tumeurs ovariennes ; nous nous heurterions à toutes les difficultés créées par la multiplicité des formes, et nos connaissances embryologiques, histologiques, évolutives, sont encore trop restreintes pour espérer atteindre un résultat satisfaisant. De telle sorte que la classification qui terminera ce chapitre ne sera qu'un fil conducteur, par ailleurs indispensable pour clarifier et régler les données éparses que fournira l'étude clinique et diagnostique.

Mais pour mener à bien un travail exclusivement clinique et pratique, un rappel embryologique et histo-pathologique est nécessaire en face des problèmes nouveaux que soulève la question des tumeurs ovariennes ; nous n'entrerons d'ailleurs dans aucun des détails qui ont fait l'objet du 1er rapport au VIIIe Congrès de Gynécologie (Lille, mai 1939). La théorie classique de Masson sera la seule envisagée, elle suffit d'ailleurs largement pour une simple et claire compréhension des processus tumoraux ; c'est ainsi que nous passerons également sous silence les discussions au sujet de la filiation des cordons génitaux, qui ont fait l'objet des travaux de Schmigelow, de Prenant, de Félix, de Van Beck et plus récemment encore de Fischel.

Rappel anatomique.

1° **Les ébauches génitales.** — Par prolifération de l'épithélium coelomique de part et d'autre de la racine du mésentère primitif se constitue l'épithélium germinatif décrit par Waldeyer. Cette prolifération semble dûe à une migration de cellules primordiales ou go-

noblastes éparses et situées entre le mésoderme et l'endoderme. L'arrivée de ces éléments (une centaine environ) dans la région génitale primitive, paraît être le point de départ du développement de l'épithélium germinatif. A ce niveau se rencontrent donc :

— en dedans l'éminence génitale,

— au milieu, le corps de Wolff, en voie de résorption et reliée à elle par un méso,

— en dehors, le canal de Muller, ce dernier va constituer les voies génitales du système féminin normal.

Le Corps de Wolff, chez la femme, s'atrophie, perd toute fonction, il va laisser des organes vestigiaux : autant de débris qui entrent dans la genèse de tumeurs ovariennes solides ou kystiques dites « excréto-génitales » (Masson) ; dans ce groupe, on décrit les kystes wolffiens uni ou multiloculaires, les kystes végétants, les épithéliomas wollfiens végétants ou massifs : certains auteurs y rattachent les kystes mucoïdes.

A ce stade, entourée des formations wolffiennes et mullériennes, l'ébauche génitale paraît indifférente : cette indifférence est-elle purement morphologique ou est-elle réelle, la question reste en suspend.

2° **Les poussées.** — Quoiqu'il en soit, la prolifération de l'épithélium germinatif va se produire et ceci de deux manières :

soit simple, en un seul temps, elle va créer la glande masculine en se mettant en rapport avec les formations wolffiennes pour créer le « rete testis », premier échelon de la voie efférente testiculaire.

soit plus complexe, en plusieurs temps, nous assistons à la création de la glande ovarienne.

a) Une première poussée rappelle l'unique poussée mâle ; c'est la naissance des cordons dits « médullaires » qui, comme les cordons sexuels mâles, atteignent les formations wolffiennes « ils ne subissent pas l'ovogénèse, ils représentent une formation potentiellement mâle » (Peyron et Montpellier). Le séminome ovarien,

l'arrénoblastome sont des tumeurs de la première poussée germinative (la première ou séminome est, si l'on peut dire, purement anatomique sans potentiel endocrinien la deuxième est une tumeur anatomo-physiologique par les phénomènes de masculinisation qu'elle entraîne et qui disparaissent par ovariectomie). Dans ce cadre, on fait entrer également, le vieil adénome testiculaire de Pick et Schickelé, tumeur très rare à aspect identique aux tumeurs testiculaires de l'homme. Puis au 3e mois de la vie intra-utérine apparaît.

b) La deuxième poussée germinative : venant à la suite de la précédente, elle chasse devant elle les cordons médullaires, et elle crée la corticale qui enserre les éléments de la première poussée : « cette deuxième poussée se différencie vers le type femelle, seuls ses éléments subissent la série de modifications caractéristiques de l'ovogénèse » (Peyron et Montpellier). Ces formations correspondent aux cordons de Valentin-Pflüger, dont la fragmentation constituera le follicule de De Graaf primordial.

A ce stade, se trouvent en présence les éléments à potentialité mâle et les éléments à potentialité femelle ; les premières normalement disparaissent dans le tissu conjonctif environnant ; anormalement, on peut assister : soit à une persistance fonctionnelle, c'est l'« ovotestis » qui crée l'hermaphrodisme, soit, comme nous l'avons vu, à un processus tumoral, avec manifestations fonctionnelles, c'est l'arrénoblastome, ou bien dépourvu de celles-ci, c'est le séminome ovarien.

De ces tissus créés par la deuxième poussée germinative prend naissance un bon nombre de tumeurs ovariennes ; avec Masson, Peyron, Montpellier on y fait entrer :

— les adénomes et épithéliomas pflugériens issus des restes des cordons de Valentin Pfluger.

— l'oophorome folliculaire de Brenner,

— les folliculomes et les lutéomes que nous retrou-

verons plus loin, après l'étude du follicule et de l'ovogénèse. Ces dernières formes terminent l'énumération des néoformations issues de la deuxième poussée germinative.

c) Masson admet une troisième poussée germinative qui remanie le stroma ovarien par une nouvelle intrusion de l'épithélium de surface dans l'épaisseur de la corticale ovarienne ; ainsi est créé le tissu ovarien définitif.

3° **Le tissu ovarien définitif.** — Il possède une structure très simple comprenant :

a) Une portion noble : c'est la corticale revêtue de l'épithélium de Balfour (ancien épithélium germinatif) ; elle contient toute la lignée de l'ovogénèse depuis le follicule primordial jusqu'au corps jaune.

b) Du tissu conjonctif de remplissage entre les éléments folliculaires.

c) Enfin la zone médullaire, portion vasculaire qui n'est que le « reté ovarii », homologue du « rété testis », accompagnée des débris médullaires de la première poussée germinative. Pour certains auteurs (J. Wallart), cette zone médullaire aurait un rôle dans la fonction ovarienne.

Les néoplasies nées de ces tissus représentent un grand nombre de tumeurs ovariennes et parmi elles les plus fréquentes : les kystes séreux, muqueux et racémeux,

les épithéliomas germinatifs végétants de l'ovaire,

les tumeurs mésenchymateuses : fibromes et sarcomes ovariens.

Enfin l'ovaire peut être le siège de formations tumorales comme tout tissu ; c'est ainsi que l'on décrit :

les tératomes ou embryomes kystiques : ce sont les kystes dermoïdes,

les tératomes solides ou mixtes, enfin des tumeurs métastatiques.

L'ovogenèse.

L'ovaire du fœtus et de l'enfant renferme une grande quantité de follicules de De Graaf primordiaux, premier stade de l'ovogénèse. Issu d'une fragmentation des cordons de Valentin Pfluger, qui se différencient en cellules génitales ou ovocytes d'une part, en cellules folliculeuses d'autre part, le follicule primordial est constitué par un ovocyte qu'entoure une seule rangée de cellules folliculeuses limitée en dehors par une théque conjonctive. L'immense majorité de ces follicules primordiaux dégénère par processus hyalin, graisseux ou granuleux, et, pour certains auteurs (Aimé en particulier) ils fourniraient la glande interstitielle de l'ovaire homologue du tissu interstitiel testiculaire.

La prolifération des cellules granuleuses crée dans le follicule de De Graaf, autour de l'ovocyte, le massif de la granulosa, ce massif est déchiqueté par quelques vacuoles de Call Exner contenant le « liquor folliculi » qui emplira l'« antrum » résultant de la confluence des flaques vacuolaires de Call Exner. En un point le massif de la granulosa forme le disque proligère ou « cumulus oophorus », qui renferme l'ovocyte. La rangée folliculeuse qui cercle l'ovocyte ou ovule prend le nom de « corona radiata » et reste cependant séparée de l'ovule par la membrane pellucide. En dehors la théque conjonctive du follicule primordial se trouve remplacée par : une fine vitrée interne : la membrane de Slajvansky,

plus en dehors par les thèques :

la thèque interne d'une part, formée par de grosses cellules avec enclaves lipidiques et un riche réseau capillaire,

la thèque externe, dernière limite du follicule dans le stroma ovarien.

Les kystes folliculaires, les kystes du corps jaune, les lutéomes, les folliculomes que l'on sépare (Varangot) en tumeurs de la granulosa et tumeurs de la thè-

que interne, sont issues du follicule de De Graaf proprement dit, soit du follicule de De Graaf deshabité ou corps jaune. Ces tumeurs sont rattachées de par l'origine de leur tissus (cordon de Valentin Pfluger) aux tumeurs de la deuxième poussée germinative.

Classification.

Notre incursion dans les domaines de l'embryologie et de l'histologie, n'est pas destinée à établir une nouvelle classification des tumeurs ovariennes. S'il nous est arrivé de rattacher au cours de cet exposé certaines tumeurs à certains tissus, ce n'est que pour donner à notre sujet une assise anatomique simple ainsi qu'une explication aux manifestations cliniques que nous étudierons ultérieurement. Cependant, il nous est nécessaire d'établir un plan, qui n'aura pas la prétention d'être une classification ; nous n'avons fait aucune recherche dans ce but. Les innombrables classifications dont nous avons déjà parlé au cours de l'historique : classifications anatomo-histologiques, embryogénétiques, sont très finement critiquées dans la thèse de Mathieu (Lyon 1938). Il adjoint aux bases classiques la notion de pronostic et tend à rendre un hommage plus large à la méthode embryogénétique tout en se plaçant sur un plan à la fois plus pratique et plus clinique, plus orienté vers le potentiel évolutif ; il aboutit à une classification plus simple où les formes anatomiques sont respectées. Voici sa classification :

1. *Kystes simples :*

a) Uniloculaires.

Wolffiens. Tumeur excréto-génitale. On leur rattache le Pseudo-myxome du péritoine d'origine ovarienne.

Germinatifs. Tumeurs de l'épithélium germinatif de surface.

b) Multiloculaires.
Wolffiens.
Germinatifs.

c) Dermoïdes ; Mixtes. Tumeurs tératoïdes.

2. *Kystes dégénérés :*

a) Uniloculaires.
Wolffiens.
Germinatifs.

b) Multiloculaires.
Wolffiens.
Germinatifs.

c) Dermoïdes ; Mixtes.

3. *Tumeurs végétantes.*

a) Intrakystiques.
Wolffiens : bénignes ou malignes.
Germinatives : bénignes ou malignes.

b) Extrakystiques ou Mixtes.
Wolffiennes : bénignes ou malignes.
Germinatives : bénignes ou malignes.
Le kyste racémeux.

4. *Tumeurs solides.*

A) Conjonctives : Fibromes (Myome, Chondrome).
Sarcomes.

B) Epithélioïde.

a) Sans action hormonale.

a') Epithéliomas Wolffiens.
Epithéliomas germinatifs.

b') Séminome (1re poussée).
Pflûgérome (?) 2e poussée.
Tumeurs de Brenner, 2e poussée.

c') Tératomes :
Solides.
Goitres.
Chorio-Epithéliose.

b) Action hormonale.

a') Arrhénoblastome : 1re poussée.

b') Tumeurs de la granuleuse dont il faut

rapprocher malgré leur allure conjonctive les tumeurs de la thèque).
Les tumeurs du corps jaune.

c') Hypernéphrome.

5. *Tumeurs métastatiques.*

Dockerty et Mac Carty (1940) établissent une classification des tumeurs solides de l'ovaire, où ils distinguent :

1° Adénocarcinome primaire
2° Sarcome
3° Tératome
4° Tumeurs de Krukenberg
5° Tumeurs à cellules thécales
6° Fibromes
7° Tumeurs de Brenner.
8° Tumeurs à cellules de la granulosa
9° Arrénoblastome
10° Dysgerminome (appelé Séminome en France).

Devant chacune de ces tumeurs, les auteurs établissent un tableau qui donne les caractéristiques histogénétiques, étiologiques, cliniques, anatomopathologiques, évolutives et physiologiques. S'il faut rendre hommage à cette synthèse qui témoigne de recherches très poussées, nous devons reconnaître néanmoins que l'on se trouve devant une liste claire plutôt qu'en face d'un essai de classification.

Taylor (1941) ajoute aux classifications anatomiques habituelles un 4e groupe, celui des tumeurs spécifiques et il aboutit au schéma suivant :

1. Tumeurs épithéliales.
séreuses.
pseudo-mucineuses.
2. Tumeurs du tissu conjonctif.
3. Tératomes.
4. Tumeurs spécifiques.
Tumeurs de la granulosa.
type lutéinisé.
type folliculaire.
Arrénoblastome.
Dysgerminome.

Pour notre étude, il nous faut utiliser un plan clinique, c'est-à-dire séparer les grandes classes tumorales ovariennes que l'examen de la malade où les constatations opératoires permettent de distinguer. Sans prétendre à une classification, nous séparerons cliniquement :

A) **Les tumeurs liquides ou kystes :** séreux, muqueux, dermoïdes et de l'endométriose ovarienne.

B) **Les tumeurs végétantes,** seront celles qui, liquides ou solides, bloquent le petit bassin par leurs végétations ou présentent des végétations intra-kystiques.

C) **Les tumeurs solides encapsulées :** dans leur cadre entreront les tumeurs solides pouvant cependant présenter quelques cavités kystiques, mais toujours sans adhérences aux organes environnants.

D) **Les tumeurs endocrines,** comprennent toutes les tumeurs kystiques, solides ou mixtes qui présentent un pouvoir hormonal plus ou moins caratérisé.

Dans chacun de ces groupes, nous essaierons, non pas de donner par les seuls moyens cliniques ou les constatations opératoires une étiquette anatomique ou embryogénétique à chaque tumeur, ce serait une entreprise ridicule quand on pense que même le microscope n'y parvient pas toujours : Masson ne dit-il pas lui-même au terme de sa classification embryogénétique : « Dans plus de la moitié des cas le diagnostic d'origine est impossible à poser » ; mais ce que nous essaierons de préciser c'est, quelquefois, mais bien rarement, hélas, le diagnostic de la forme lorsque cela sera possible, mais toujours nous tenterons de dégager :

1. Les éléments de la bénignité ou de la malignité que comporte la tumeur.

2. La conduite opératoire la plus logique dans les cas qui se présentent au chirurgien.

LE SYNDROME TUMORAL OVARIEN.

Les tumeurs ovariennes ne se révèlent le plus souvent qu'après une longue période de latence qui peut, dans certains cas ou être absolument asymptomatique ou bien être seulement traversée de quelques épisodes rattachés plus tard à la lésion alors diagnostiquée. Cette période de latence a une durée éminemment variable selon la vitesse de développement de la lésion, selon sa localisation dans le petit bassin (tumeur libre ou incluse dans le ligament large), selon la susceptibilité nerveuse ou glandulaire de la malade. Ceci explique que les tumeurs ovariennes ne sont parfois que des découvertes opératoires, ou même d'autopsie. De cette période silencieuse, nous ne dirons évidemment rien ; notre étude commence au moment où apparaît le symptôme révélateur ; c'est ainsi qu'après avoir rappelé les signes d'appel qui amènent la malade au médecin, nous établirons une revue synthétique des formes cliniques du syndrome tumoral ovarien commun sans préjuger de la nature de la tumeur, un rapide diagnostic général terminera ce chapitre.

Les signes d'appel.

La douleur. — Les phénomènes douloureux méritent la première place comme symptôme révélateur, ils attirent l'attention de la malade dans la majorité des cas. Nous les avons retrouvés comme symptôme initial 41 fois sur 83 observations que nous avons examinés à ce sujet, soit en gros dans la moitié des cas.

Il est classique de décrire la douleur annexielle dans un syndrome pelvien qui réunit autour de l'algie hypogastrique, les irradiations lombaires ; périnéales, crura-

les, obturatrices ; ce type de douleur a été relativement peu retrouvé par nous, très souvent au contraire les malades se plaignent de douleurs plus hautes, en particulier de douleurs franchement abdominales siégeant surtout dans la fosse iliaque droite, plus rarement à gauche, dans l'hypocondre ou dans la région ombilicale. Les douleurs postérieures, en particulier, sont très fréquentes et de ce fait même assez banales. Laffont a beaucoup insisté sur ce qu'il a nommé la « douleur élevée » ; bien que ce type douloureux soit surtout symptomatique de grossesse extra-utérine ou d'annexite, on le retrouve également parfois au cours de l'évolution d'une tumeur ovarienne (Larribère, Ezes). Rappelons les sièges principaux de ces douleurs élevées : ce sont les régions brachiales droites, deltoïdiennes, épigastriques, mammaires, rétro-sternales, interscapulaires...

Le plus souvent la douleur est plus ou moins superficielle ou profonde : piqûre, déchirure, tension, surtout lourdeur sont les termes employés le plus généralement par les malades. La grande crise douloureuse abdominale est loin d'être une rareté ; bien souvent symptomatique d'un accident : torsion, rupture, hémorragie, il n'en reste pas moins vrai que cet épisode solennel et unique est quelquefois le symptôme révélateur : on comprend alors aisément les erreurs de diagnostic que peuvent engendrer ces types douloureux, surtout lorsqu'ils s'accompagnent d'un cortège viscéral impressionnant plus ou moins éloigné des symptômes classiques des troubles de l'appareil génital féminin.

La douleur revêt parfois le type périodique, la dysménorrhée a été retrouvée à différentes reprises dans les observations examinées. Mais ces algies sont plutôt du type permanent avec des exacerbations au moment des périodes menstruelles ou pré-menstruelles, elles augmentent au cours de la marche, secousses, voyages, coït ; nous signalerons également la douleur nocturne que nous avons retrouvée assez fréquemment et qui, en réalité, est une douleur de décubitus.

L'augmentation de volume de l'abdomen. — Soit comme symptôme associé aux phénomènes douloureux, soit comme unique symptôme l'augmentation de volume de l'abdomen amène la malade au médecin. Elle peut se manifester par une augmentation diffuse, « tout le ventre grossit », parfois, c'est la perception confuse d'une masse plus ou moins localisée qui intrigue la malade. Nous avons relevé le début par gros ventre dans 22 cas ; il faut remarquer à ce sujet qu'il s'agissait de femmes ayant toutes dépassé la quarantaine ; le début douloureux par contre paraît l'apanage de femmes plus jeunes ou du moins en pleine activité génitale.

Les troubles de la menstruation. — Ils entraînent à peu près à coup sûr une consultation médicale, mais leur valeur d'appel est bien inégale. La dysménorrhée, l'irrégularité des règles, l'hypoménorrhée sont des troubles fréquents dans l'évolution des tumeurs ovariennes (on les retrouve une fois sur cinq d'après Gallard) ; mais, ils sont une banalité au cours de la vie génitale, en particulier chez la jeune fille où ils motivent plutôt un traitement symptomatique, hormonal ou autre, qu'un examen génital systématique. Il n'en est pas de même par contre de l'aménorrhée ou des hémorragies qui sont toujours des symptômes inquiétants.

En effet, qu'il s'agisse d'aménorrhée primitive, ou d'aménorrhée secondaire, de ménorragies ou de métrorragies pré ou post-ménopausiques, l'importance de ce trouble n'échappe pas à la malade qui vient se faire confirmer une grossesse on s'étonne d'une réapparition de règles depuis longtemps disparues. La valeur révélatrice de ces troubles réside moins dans leur fréquence que dans leur valeur séméiologique qui déclanche un examen génital approfondi. En effet, à part certains cas de tumeurs sur lesquelles nous aurons à revenir, aménorrhée et hémorragies sont rares au cours de l'évolution des tumeurs ovariennes : nous avons sur 83 observations, relevé 1 seule aménorrhée et 12 méno-métrorragies;

sur ces 12 cas hémorragiques, 5 présentaient des lésions utérines de fibrome ou de cervicite (1 cas), ce qui ramène à 7/83 les cas de tumeurs ovariennes hémorragiques que nous avons observés.

La stérilité. — Sans vouloir tenter de préciser les rapports entre tumeurs de l'ovaire et stérilité, rappelons que celle-ci permet quelquefois de découvrir une tumeur silencieuse et insouponnée comme en font foi les deux observations suivantes provenant de la Consultation de Stérilité de la Clinique Obstétricale :

Observation 1. — Madame O....., nullipare de 25 ans est mariée depuis 4 ans. Toujours bien réglée tous les 26 jours dès l'âge de 14 ans, elle perd pendant 4 jours avec quelques douleurs au début de ses périodes menstruelles. A l'examen, l'utérus est refoulé par une masse latérale gauche arrondie, régulière : kyste probable.

A l'intervention (Prof. agr. Chosson) il s'agit d'un kyste gros comme une orange inclus dans le ligament large gauche ; une adhérence intime de l'intestin grêle conduit à une résection de 4 cm. d'intestin avec anastomose bout à bout ; une adhérence au méso-sigmoïde rend périlleux l'isolement du kyste. Celui-ci crève sous le doigt, on rabat alors le feuillet péritonéal externe qui vient au contact du bord externe du sigmoïde : mickulicz. Bonnes suites. Revue 3 ans plus tard en bonne santé, mais n'a pas eu de grossesse.

Observation 2. — Madame V....., âgée de 34 ans vient à la consultation en 1941. Elle a eu 4 enfants de 1925 à 1929, elle est remariée depuis 1932. Bien réglée depuis l'âge de 13 ans, elle perd un jour tous les 28 jours. A l'examen, on découvre une masse latéro-utérine qui paraît être un kyste ou un fibrome.

A l'intervention (Prof. agr. Chosson), ablation d'un kyste dermoïde droit, ovaire gauche kystique. Salpingostomie bilatérale, résection partielle de la trompe droite. Guérison, mais pas de grossesse.

Au sujet de ces deux observations, notons que rien ne prouve que la tumeur soit la cause exclusive de la stérilité ; mais remarquons dès maintenant l'acuité du problème thérapeutique soulevé par cette association pathologique.

Les troubles urinaires. — Certaines cystalgies ou dysuries, certaines rétentions d'urines ou certaines pyuries sont à maintes reprises le symptôme révélateur ; dans ces cas bien connus, c'est l'urologue qui découvre la tumeur.

Les viscéralgies. — LAFFONT, à côté des « douleurs élevées » parle des viscéralgies : c'est l'appareil digestif qui manifeste le plus souvent sous la forme de dyspepsie, vomissement, ou d'une épigastralgie qui peut atteindre parfois l'acuité d'une crise gastrique du tabès (TIXIER). Notons à ce sujet l'association lésionnelle possible gastro ou entéro-ovarienne dans la forme de KRUKENBERG. L'appareil respiratoire est quelquefois en jeu et peut même occuper le premier plan en s'accompagnant d'un épanchement pleural (MEIGS et CASS). Mais LAFFONT insiste également sur les troubles d'ordre neurologique ; et, à côté des migraines, assez fréquentes, il rappelle l'observation d'une femme de 30 ans qui présente des crises épileptiformes : on découvre chez elle un kyste inclus du ligament large dont l'ablation fut suivie de guérison définitive.

Les troubles de la série endocrine. — Ils doivent à l'heure actuelle entraîner un examen génital complet, car certains types de lésion ovarienne tumorale s'accompagnent de phénomènes endocriniens ; ces phénomènes sont parfois le premier symptôme inquiétant.

Il peut s'agir alors d'un syndrome de puberté précoce témoin de l'évolution d'une tumeur de l'enfant : développement des seins, croissance des poils pubiens, hémorragies vaginales (KLEINE, NOVAK, BLAND et GOLDSTEIN in thèse VARANGOT, RICARDONI).

Parfois, c'est un syndrome bâtard d'hyperépinéphrie qui égare le diagnostic ; l'observation de NORRIS en est un exemple : œdème, asthénie, hypertension artérielle, fine moustache sur la lèvre supérieure sont les symptômes qui entraînent l'auteur à pratiquer une exploration

de la surrénale chez sa malade. Après une amélioration passagère, la peau se pigmente, des poils se développent sur la face ; décès ; à l'autopsie on découvre une tumeur ovarienne. Dans le cas de Luzuy, le syndrome d'appel est plus complexe : obésité et hypertrichose très marquée amènent la découverte et l'ablation d'une tumeur ovarienne de petit volume du type masculinisant ; l'intervention est suivie de la guérison avec régression complète des symptômes.

Formes séméiologiques du syndrome.

Cette revue analytique des symptômes d'appel permet d'établir des types cliniques en rapport avec le groupement des divers symptômes ; parfois le hasard des associations symptomatiques ou la prédominance de certains signes peut créer des formes dont la physionomie clinique est extra-génitale. Pour cette raison à côté de la forme commune, nous décrirons des formes camouflées, des formes frustes et des formes latentes.

1. **La forme commune.** — C'est celle qui se manifeste par les symptômes habituels de la gêne du petit bassin : douleur et lourdeur du bas-ventre qu'exagèrent les phénomènes de congestion pelvienne, quelques signes de compression vésicale (pollakiurie, dysurie) ou rectale (constipation ou débâcles), quelques troubles de règles, insuffisance ou irrégularité, un petit état nauséeux d'ailleurs inconstant : tel est le tableau classique. A l'examen, l'inspection et la palpation abdominale sont silencieuses, seul, le toucher vaginal décèle une masse plus ou moins isolable de l'utérus, généralement non douloureuse sur les caractères de laquelle nous n'insisterons pas ici.

Vue plus tardivement, le stade pelvien est franchi, la phase abdominale commence, un symptôme domine, c'est l'augmentation de volume de l'abdomen ; les dou-

leurs ont pu persister, s'atténuer ou augmenter, les troubles de compression ont étendu leur domaine : œdèmes, varices, remplacent ou accompagnent les troubles urinaires ou rectaux du début ; des palpitations, de la dyspnée témoignent de la gêne plus diffuse et plus élevée ; des troubles menstruels ont pu persister ou seulement n'apparaître qu'à ce moment là. Mais, à l'examen, c'est la palpation, combinée ou non au toucher vaginal, qui est le maître symptôme : la palpation permet de constater une masse plus ou moins régulière et plus ou moins mobile que limite la percussion par opposition entre la tumeur mate à concavité inférieure et le météorisme intestinal ; au toucher, l'utérus parfois étiré, fixé, ou non modifié laisse descendre vers le doigt vaginal la tumeur ovarienne que mobilise la main ventrale. Un épanchement ascitique accompagnateur n'est pas rare et le problème tumeur et ascite ou bien tumeur ou ascite se pose parfois ; nous aurons à étudier de plus près ce problème dans l'étude du diagnostic.

L'évolution se fait plus ou moins rapidement selon la nature tumorale bénigne ou maligne vers un tableau général plus ou moins cachectisant dont le « faciès ovarien » classique n'est souvent que le premier stade.

Telle est l'allure générale clinique d'une tumeur ovarienne banale elle pose, malgré ce, des problèmes diagnostics délicats que nous rappellerons plus loin.

2. **Les formes camouflées.** — Ce sont les formes de tumeurs ovariennes qui se manifestent par un syndrome d'emprunt dû à un assemblage de symptômes inhabituels en rapport parfois avec l'apparition d'une complication : Torsion, rupture, hémorragies, infection. On pourrait multiplier ces formes à l'excès nous ne citerons que les cas les plus typiques.

Nous insisterons peu sur les *formes pseudo péritonitiques ou occlusives ;* douleur en coup de poignard dans la fosse iliaque, état nauséeux et vomissements, accélération du pouls, légère ascension de la T°, défense

abdominale légère voire même contracture : c'est le tableau d'une appendicite aiguë, peut-être d'une grossesse extra-utérine rompue, mais il peut révéler dans certains cas la présence d'une tumeur de l'ovaire qui se tord, se rompt ou saigne.

D'autres fois, c'est une douleur plus sourde qui s'accompagne d'arrêt des matières et des gaz, de ballonnement et de vomissements incessants ce syndrome d'occlusion intestinale peut avoir à son origine une tumeur ovarienne qui a modifié ou sa situation ou son volume et devient gênante pour la mécanique intestinale. Dans les observations recueillies, nous avons retrouvé 6 fois le grand drame abdominal inflammatoire ou occlusif, à l'origine de la découverte de la tumeur ovarienne.

La *forme pseudo gravidique* est plus intéressante : le plus fréquemment, c'est le diagnostic de grossesse ectopique qui est porté ; nous l'avons retrouvé à deux reprises dans nos observations. Retard de règles, pertes rouges irrégulières, état douloureux pelvien, présence d'une masse latéro-utérine : tel était le tableau clinique dans les 2 cas. Mais une tumeur ovarienne peut, dans certains cas, être étiquetée grossesse pendant plusieurs mois, ce n'est qu'aux environs du terme que l'erreur pût être redressée ; à ce sujet nous résumons l'histoire curieuse d'une malade que nous avons observée dans le service de notre Maître Monsieur le Professeur Vaysière :

Observation 3. — Madame P....., 30 ans, entre dans le Service de la Clinique Ostétricale. Elle se dit enceinte de 8 mois environ ; en effet son abdomen a augmenté progressivement de volume en même temps que ce sont intallés chez elle un peu de lourdeur du bas-ventre, un état nauséeux, quelques vomissements, de l'anorexie. Elle voit sa sage-femme qui estime sa cliente enceinte de 4 mois et prévoit l'accouchement pour le mois de septembre. Pendant 2 à 3 mois tout évolue normalement ; l'abdomen continue de grossir, les douleurs abdominales persistent ; enfin 1 mois et demi avant sont entrée à l'hôpital la hauteur utérine est de 27 cm. ! A ce moment la fièvre s'installe, le volume abdominale paraît s'accroître plus rapidement.

L'interrogatoire permet de préciser quelques points : notre malade a toujours été réglée et bien réglée pendant toute la durée de cette pseudo-grossesse ; d'autre part, mis à part les troubles digestifs du début, elle n'a présenté aucun des symptômes du début de la grossesse : pas de pollakiurie, pas de constipation, le dernier mois, par contre, il s'est établi un peu de diarrhée. Il est à noter un amaigrissement important de 15 kg. en 6 mois. Dans les antécédents rien de particulier à signaler.

A l'examen, l'abdomen est augmenté de volume, étalé où se dessine une circulation collatérale ; à la palpation, on sent une masse solide, irrégulière dont la disposition et la consistance rappellent celles d'un fœtus dont l'un des pôles serait dans l'hypocondre gauche tandis que l'autre, dans la fosse iliaque droite, semble pénétrer dans le petit bassin : le tout ballottant dans l'épanchement ascitique dont la courbure concave de matité remonte au-dessus de la région ombilicale. L'auscultation des bruits du cœur reste négative. Au toucher vaginal : col dur, présentant une déchirure en arrière et à gauche, le corps utérin de volume normal est facilement perçu par le toucher rectal ; en avant de lui, dans le cul-de-sac droit, il est possible par le palper et toucher combinés d'abaisser la masse tumorale qui paraît alors d'origine ovarienne. La radiographie a permis de confirmer l'absence de fœtus utérin ou extra-utérin ; de même une réaction de Brouha a été négative (avec 10 cm^3 d'urine). Devant un tel tableau l'intervention est décidée et pratiquée par le Professeur Agrégé Chosson. Après évacuation de 6 litres d'ascite, on se trouve en présence d'une masse tumorale très volumineuse et irrégulière avec 2 pôles principaux occupant à peu près toute la cavité abdominale. Après section de quelques adhérences épiploïques, la tumeur est extériorisée, ce qui permet de constater qu'elle s'est développée uniquement aux dépens de l'ovaire droit et libre de toutes adhérences intestinales ; seul le péritoine vésical paraît être envahi par le processus tumoral. Après extirpation de la tumeur, il est pratiqué une hystérectomie subtotale malgré l'intégrité macroscopique de l'utérus et des annexes gauches. Péritonisation, fermeture de la paroi sans drainage.

La masse tumorale enlevée est une tumeur pesant 3,500 kg., solide dans l'ensemble mais présentant cependant quelques cavités kystiques, irrégulières ; l'ensemble est bourgeonnant, de teinte jaune orangée par endroits, en d'autres points elle est franchement rougeâtre ou blanc-verdâtre.

Examen histologique (Lab. d'Anat. Pathologique : Doyen L. Cornil) : *Tumeur de l'ovaire droit.*

1° *Ovaire.* — La tumeur est constituée par des amas denses de cellules de la lignée germinative.

Les mitoses et les monstruosités cellulaires sont très nombreuses, les plages hémorragiques fréquentes. On ne rencontre aucune formation kystique, aucun élément différencié.

Il s'agit donc d'un épithélioma germinatif de l'ovaire à disposition massive.

2° Le fragment d'ovaire renferme un kyste folliculaire et un corps jaune en voie d'atrésie. Sur un point de la préparation on rencontre un fragment de tumeur dont l'histologie est absolument identique à celle de la tumeur principale.

3° *L'utérus.* — Muqueuse normale et fibroléiomyome du corps utérin.

3 semaines après l'intervention la malade présente les symptômes d'une masse tumorale au niveau du flanc gauche.

On décide de réintervenir le 18 septembre 1942 (Professeur Agrégé Chosson).

Anesthésie péridurale.

Incision de Lecéne dans l'hypocondre gauche. Découverte de la masse tumorale qui adhère fortement au péritoine pariétal dans la lèvre inférieure de l'incision. Libération prudente de la tumeur. Il semble qu'elle soit formée par une récidive épiploïque. Elle se situe entre le colon et la grande courbure de l'estomac. De nombreux noyaux sont disséminés sur l'épiploon et même sur le côlon. Dans ces conditions on fait une exérèse limitée à la masse tumorale principale car toute tentative d'ablation plus élargie est interdite par l'extension des lésions.

Fermeture en 3 plans.

Deux drains de verre sous la peau.

L'examen de la tumeur montre qu'il s'agit d'une métastase, d'un épithélioma massif de l'ovaire.

Bonnes suites opératoires.

Mais présence d'un épanchement pleural-gauche. Pas d'image de néoplasie pleuropulmonaire à la radiographie. La malade est envoyée au Centre Anti-cancéreux.

Décès au mois de novembre 1942.

A côté de cette observation nous rappelons celle de Sbarcea qui est encore bien plus subjective puisque le syndrome humoral de la gravidité se joignait à la tumeur ovarienne.

Observation de Sbarcea. — Il s'agit d'une femme de 27 ans amenée avec le diagnostic de grossesse. Toujours bien réglée, ses dernières règles sont de fin octobre 1937, l'accouchement est attendu pour le début d'août 1938; Quelques pertes de sang très irrégulières sont les seuls troubles signalés par la gestante. A l'examen on est en présence d'une femme un peu amaigrie dont l'abdomen tendu est le siège d'une tumeur qui remonte au dessus de l'ombilic et qui correspond à une grossesse de 7 mois : la palpation révélait dans la tumeur des parties dures et des parties molles ; au toucher, col mou, et on perçoit une tumeur grosse comme une tête d'homme. Le diagnostic de grossesse est d'autant plus évident qu'une réaction de Ascheim-Zondeck a été pratiquée et s'est révélée positive. L'état général périclitant une laparotomie exploratrice est décidée. Incision médiane sous-ombilicale ; à l'ouverture du péritoine, il s'écoule 1.100 cm^3 de liquide sanguinolent, il apparaît alors une tumeur violette grosse comme une tête d'enfant. Au pôle inférieur de la tumeur se trouve, déporté vers la droite, l'utérus qui a la grosseur d'un œuf de poule. Il ne peut plus s'agir d'une grossesse intra-utérine ; on commence l'extirpation qui est facile, on laisse les annexes droites et l'utérus. Suites opératoires normales, la réaction d'A. Z. reste positive. On décide une application de radium et des séances de radiothérapie, car le laboratoire a répondu : Tumeur tératomateuse maligne avec enclaves choriales.

Au 38e jour métastase au poumon droit, au 58e jour métastase cérébrale ; la réaction d'A. Z. est toujours positive. Décès 6 jours plus tard. A l'autopsie métastase utérine et sigmoïdienne, noyaux disséminés para-aortiques, reins, rate etc... Pas de corps jaune dans l'ovaire droit.

Si ces deux observations sont intéressantes du point de vue diagnostic, elles soulèvent des problèmes pronostics et thérapeutiques sur lesquels nous reviendrons ultérieurement.

La *forme pseudo-tuberculeuse* mérite une place également parmi les formes camouflées : l'âge, les petites douleurs abdominales, les troubles des règles, quelques incidents digestifs, petit ballonnement abdominal avec épanchement ascitique, sont des symptômes qui font traiter des jeunes filles pour péritonite bacillaire ; l'erreur est encore moins surprenante lorsqu'un hydrothorax s'ajoute à l'ascite (Meigs et Cass).

Nous n'insisterons pas plus longtemps sur ces formes camouflées ; nous avons vu dans l'étude des signes d'appel, l'immense variété des troubles extra-génitaux qui peuvent accompagner l'évolution d'une tumeur ovarienne. Nous avons seulement voulu isoler quelques formes qui nous paraissent assez caractéristiques et relativement fréquentes.

3. **Les formes frustes et latentes.** — Soit qu'elles se signalent par un petit syndrome mal étiqueté (amaigrissement, fébricule, asthénie, anorexie), soit qu'elles se traduisent par un symptôme isolé et d'allure anodine (petite douleur, petite perte de sang ou petite irrégularité de règles), l'hypothèse d'une atteinte ovarienne doit être envisagée : un examen génital doit toujours terminer un examen général.

C'est ainsi qu'il est possible de séparer également des formes latentes qui ne sont que des découvertes au cours d'un examen complet, ou bien des surprises opératoires.

Diagnostic général du syndrome.

Le diagnostic positif se base sur des éléments cliniques, sur la connaissance du terrain, sur des examens para-cliniques.

Les éléments cliniques ne nous retiendrons pas : nous avons rappelé précédemment les symptômes des tumeurs ovariennes et nous n'insisterons pas sur le terrain déjà bien battu de l'examen clinique ou l'inspection et la palpation abdominale doivent céder le pas devant le toucher vaginal et palper combinés.

La connaissance du terrain apporte des éléments de diagnostic d'inégale valeur. Dans les antécédents, la notion d'ovariectomie antérieure pose surtout le problème de la récidive, il sera envisagé plus loin. De même la notion d'une atteinte du tractus digestif dans les anté-

cédents peu éloignés, peut orienter le diagnostic vers une tumeur du type KRUKENBERG.

Doit-on attacher une valeur aux antécédents familiaux ? FRANÇAIS signale que dans quelques cas la tumeur kystique se rencontre plusieurs fois dans la même famille. Dans la thèse de POUCEL, CARCASSONNE résume l'observation de deux sœurs dont l'une a été ovariectomisée par TIXIER pour kyste de l'ovaire gauche, à l'âge de huit ans ; l'autre est opérée par CARCASSONNE à l'âge de vingt ans également d'un kyste de l'ovaire gauche. Nous même, avons recueilli dans le service du Docteur MICHEL à l'Hôpital de la Conception, l'observation d'une malade atteinte d'un kyste mucoïde multiloculaire de l'ovaire, malade dont la mère avait subi une hystérectomie pour tumeur ovarienne, et dont la fille a été opérée à l'âge de 20 ans d'un kyste de l'ovaire droit.

Les tumeurs de l'ovaire sont de tout âge. Chez l'enfant, d'après POUCEL, deux maximum : de la naissance à l'âge de 2 ans et surtout à la puberté ; le maximum de fréquence se situant entre 10 et 13 ans. Il semble qu'on doive l'attribuer à une perturbation endocrinienne.

De la puberté à la ménopause, c'est-à-dire pendant la période d'activité génitale se place le maximum de fréquence des tumeurs ovariennes de l'adulte. Sur 81 observations dans lesquelles on a pu retrouver l'âge de la malade : 10 seulement des malades étaient ménopausées, la plus jeune avait 16 ans. L'ensemble s'établit comme suit :

De 10 à 20 ans	2 cas
De 20 à 30 ans	16 cas
De 30 à 40 ans	29 cas
De 40 à 50 ans	19 cas
Après 50 ans	15 cas dont 10 seulement après la ménopause.

Le maximum des cas semble localisé entre 30 et 40 ans, c'est-à-dire vers le début de deuxième moitié de la vie génitale de la femme.

La notion de grossesse est à retenir et à rechercher, il ne s'agit pas évidemment d'étudier ici les rapports de tumeur de l'ovaire et grossesse. Indiquons seulement que la grossesse peut être l'occasion de la découverte de la tumeur, soit à cause de l'examen génital qu'elle entraîne, soit à cause des phénomènes d'hypertrophie ou de torsion qu'elle favorise. Mais la notion de grossesse môlaire peut être un élément de présomption ou d'orientation sur lequel nous aurons à revenir au moment de l'étude des kystes lutéiniques.

Les examens para-cliniques peuvent être dans certains cas des adjuvants précieux.

La radiographie simple ne peut mettre en évidence qu'une tumeur avec inclusions solides, type embryome.

La radiographie avec préparation intestinale (repas baryté, lavemnt opaque, insufflation rectale) pourra être d'un secours heureux dans certaines éventualités (Delannoy, Demarez). Elle met en évidence une déformation du sigmoïde ou du cadre colique.

L'hystérosalpingographie par injection lipiodolée traduit la présence d'une tumeur ovarienne par la déviation de la cavité utérine sans modification du tracé des contours. Cotte insiste sur l'ascension d'une des trompes entraînée par la tumeur.

La ponction semble devoir être rejetée comme n'étant pas inoffensive (Loewy, Guéniot). Elle donne d'ailleurs bien souvent peu de résultats à cause de la viscosité du liquide kystique (Decoulx, Patour).

La laparotomie exploratrice, déjà préconisée par Lawson-Tait, Terrillon, Segond, est conseillée de nouveau par Cotte et Magnin qui concluent qu'une petite incision abdominale exploratrice sous anesthésie locale est une sage conduite dans les cas hésitants : conduite qui peut permettre d'ailleurs une thérapeutique d'exérèse en présence d'une tumeur ovarienne.

Le diagnostic différentiel ne nous retiendra pas longtemps. Il se pose différemment aux deux périodes évolutives de la tumeur ovarienne.

A la première période, il faut éliminer les réactions tubo-ovariennes (annexites et hydrosalpinx) par la notion de poussées fébriles ; par l'empâtement des culs-de-sac. L'hématocèle bâtit le petit bassin. Le fibrome est d'un diagnostic délicat très souvent impossible à élucider jusqu'à l'intervention ; la notion d'âge, la présence d'hémorragies utérines, l'hystérosalpingographie sont des éléments différentiels importants ; l'interférométrie est sans valeur (Muter). Les tumeurs de la trompe, les kystes hydatiques, lésions difficiles à diagnostiquer ne seront reconnues qu'à l'intervention.

A la deuxième période ou période abdominale, c'est avant tout l'ascite qu'il convient d'éliminer. Le problème est d'autant plus délicat que tumeur ovarienne est ascite coexistent souvent ; rappelons les caractères différentiels principaux : à l'inspection le ventre de l'ascite s'étale tandis que le ventre de la tumeur pointe, à la percussion la limite supérieure de l'ascite est concave en haut, celle du kyste est convexe ; ces données de la percussion sont immuables avec les variations de position de la malade dans le cas de tumeur ovarienne, elles sont modifiées dans l'ascite libre. Dans ce diagnostic, la clinique peut être épaulée par la ponction mais cette dernière semble rejetée par la majorité des auteurs ; l'hystérosalpingographie permet de séparer l'image utéro-annexielle normale en cas d'abdomen ascitique, de l'étirement des trompes en cas de tumeur ovarienne. La laparotomie exploratrice trouve ici une de ses indications primordiales de diagnostic.

Nous n'insisterons pas sur le diagnostic différentiel avec les tumeurs des autres organes : fibrome utérin énorme à développement abdominal, tumeur du rein, du foie, de la rate, du mésentère ; dans ce dernier cas cependant l'absence de mobilité verticale assez significative de la tumeur ovarienne s'oppose à la mobilité transversale de la tumeur du mésentère (Massabuau, Guibal et Joyeux).

Nous avons peut-être été trop long ou trop succinct dans l'étude du syndrome tumoral de l'ovaire ; il nous a paru utile cependant de rappeler ses caractères principaux, avant d'entreprendre l'étude clinique des formes anatomiques des tumeurs ovariennes.

ÉTUDE CLINIQUE DES FORMES ANATOMIQUES.

Le diagnostic de tumeur de l'ovaire posé, le clinicien doit se faire un devoir de préciser quel type de tumeur se présente à lui ; on ne doit plus à l'heure actuelle, en raison du grand nombre de tumeurs ovariennes connues et de l'extrême variabilité de leur devenir se contenter de l'approximation : kyste ou tumeur solide de l'ovaire. Il faut tenter, au contraire, de savoir, au moment de l'acte thérapeutique définitif, quelle sorte de tumeur met en jeu l'appareil génital de la femme afin de limiter ou d'élargir le geste opératoire.

Nous savons que bien des désillusions seront l'aboutissant de cette tentative, car, à l'empirisme de la clinique s'ajoute notre ignorance du pronostic des tumeurs de l'ovaire. Quoi qu'il en soit, comme le dit Mondor « Si le grand nombre de tumeurs possibles ne permet pas cliniquement leur désignation infaillible, il n'est pas interdit de s'essayer de son mieux à un peu de précision ». C'est ainsi que, dans ce chapitre « d'essai à un peu de précision », nous étudierons d'une part : les caractères étiologiques, cliniques, pronostics de chaque type de tumeur ; nous en profiterons pour rappeler dans chaque cas les caractères macroscopiques de la lésion qui se présente à l'opérateur,

d'autre part, nous terminerons par une synthèse rapide des moyens de diagnostic qui s'offrent au clinicien pour tenter d'aboutir à une relative probabilité sinon dans la forme, du moins dans le pronostic.

Nous avons rappelé, au début de ce travail, les classifications anatomiques actuellement admises. Ici, pour rester clinique, nous allons obligatoirement commettre

des irrégularités anatomiques ou embryogénétiques en mettant côte à côte des tumeurs anatomiquement dissemblables ; mais nous ne concevons cette étude qu'en tant que clinicien, *seule la physionomie extérieure, clinique ou macroscopique selon le cas, nous guidera dans l'étude des formes.*

Nous les classerons, suivant le plan clinique établi au début, en

1. Tumeurs liquides ou kystes ;
2. Tumeurs végétantes ;
3. Tumeurs solides encapsulées ;
4. Tumeurs endocrines.

LES TUMEURS LIQUIDES OU KYSTES.

Nous n'envisagerons pas, dans ce chapitre, les kystes lutéiniques ou folliculaires qui seront, néanmoins, étudiés plus loin dans le cadre des tumeurs à action hormonale, bien qu'ils se situent à la limite du syndrome tumoral proprement dit et du syndrome dystrophique. De même sont exclus les kystes végétants de l'ovaire qui seront étudiés dans le chapitre des tumeurs végétantes.

Ici, après avoir rappelé les caractères principaux des kystes de l'endométriose ovarienne, nous examinerons successivement les trois grands types classiques de kystes de l'ovaire, kyste séreux, dermoïde, mucoïde.

Les kystes de l'endométriose ovarienne.

On désigne sous le nom d'endométriose, le développement, sur un point quelconque de l'organisme, de tumeurs à tissu endométrial.

Les localisations les plus habituelles se font au niveau des organes génitaux et pour Brook Bland, la répartition se ferait dans les proportions suivantes :

Localisation utérine	51,9 p. 100 des cas
Sur un ovaire	14,9 p. 100 des cas
Sur deux ovaires	7,6 p. 100 des cas

viendraient ensuite, les trompes, la paroi vaginale, l'appendice ; on en aurait rencontré dans les membres, la paroi abdominale, la région lombaire. Pour Dougal, la localisation ovarienne serait beaucoup plus fréquente 70 p. 100 des cas. On méconnait souvent l'endométriose dans le kyste hématique (Brook Bland). Quoi qu'il en soit, l'endométriose pose au clinicien le problème des tumeurs ovariennes, c'est pour cela qu'elle entre dans le cadre de notre étude. Elle apparaît à tout âge avec un maximum entre 30 et 49 ans (Brook Bland) entre 41 et 51 ans (Allen).

Au point de vue clinique, la dysménorrhée est le symptôme crucial de l'endométriose : cette dysménorrhée offre des caractères particuliers ; c'est une dysménorrhée secondaire sur laquelle ont insisté Cotte et Mathieu. Elle apparait, en général, plusieurs années après la puberté, quelquefois après la ménopause. D'autre part, son caractère est d'être tardive (Brocq et Palmer) violente et brutale surgissant au premier ou au troisième jour des règles. Irène Tchijoff décrit une dysménorrhée de type banal ; elle est beaucoup moins caractéristique « mais reste néanmoins un des meilleurs symptômes (Cotte et Mathieu) ; elle a les caractères habituels de la dysménorrhée : douleurs d'intensité moyenne qui précède les règles, c'est la *forme dysménorrhéique pure* de Cotte et Mathieu. A côté de la dysménorrhée un syndrome plus complexe peut être l'accident révélateur : c'est *l'épisode pelvi-péritonitique* dont parlent Brocq et Palmer ; il correspond soit à l'hémorragie intra kystique soit à une hémorragie intra péritonéale, et surviendrait au 4e jour des règles en s'accompagnant de nausées, de vomissements, d'hyperthermie ; l'observation suivante entre dans ce cadre :

Observation N° 4 (Dr de Vernejoul). — Il s'agit d'une femme de 60 ans amenée à l'hôpital pour péritonite aiguë : à l'ouverture du péritoine s'écoule une sérosité sanglante ; on tombe sur un kyste de l'ovaire gauche ; ovariectomie et fermeture. Décès 12 jours plus tard dans un syndrome d'hy-

perazotémie et d'hyperglycémie (Azot. à 3,40 g., Glyc. à 2,09 g.).

A l'examen histologique, la pièce s'est révélée être une endométriose ovarienne.

L'observation ne comportant pas d'histoire clinique, il est impossible de préciser les symptômes avant-coureurs de l'endométriose chez une femme ménopausée.

A côté des phénomènes dysménorrhéiques ou péritonéaux, d'autres symptômes d'une importance secondaire sont indiqués ; ce sont des métrorragies en rapport avec des polypes, un fibrome, plus rarement spontanées (Brocq et Palmer) ; enfin la stérilité primaire ou secondaire est presque constante et peut disparaître par ovariectomie ; pour Moulonguet, l'endométriose serait souvent fébrile. Mais si la symptomatologie fonctionnelle offre dans ses formes typiques une bonne base de diagnostic, de nombreux éléments doivent être réunis pour affirmer un diagnostic clinique. Brocq et Palmer résument en ces termes l'allure physique de l'endométriose ovarienne au toucher vaginal : « Les signes physiques sont nuls si l'endométriose reste de petites dimensions ; mais habituellement, il s'agit d'une masse annexielle de volume modéré, de la taille d'une petite mandarine, molle, sensible à la pression, peu mobilisable, souvent mal limitée ; quelquefois empâtement discret du Douglas. Il faut revoir la malade après une période menstruelle, la masse est plus volumineuse, plus tendue, plus douloureuse. » Enfin les auteurs insistent sur la découverte au niveau de l'extrémité supérieure de la cloison recto-vaginale, dans le fond du douglas, d'une petite masse indurée, légèrement bosselée d'endométriose recto-vaginale. Un examen au spéculum, habituellement inutile dans les tumeurs ovariennes a ici un intérêt diagnostic qu'ont montré Cotte et Mathieu : il permet de constater des nodules bleutés au niveau du cul-de-sac vaginal postérieur ou bien des nodosités en rapport avec les ligaments utéro-sacrés.

A ventre ouvert, le chirurgien peut reconnaître la tu-

meur de l'endométriose ovarienne (laparotomie exploratrice de diagnostic de Moulonguet) : il s'agit de kystes hématiques à contenu plus goudronneux que franchement sanglant (Cotte et Mathieu), laissant écouler un liquide poisseux et sombre : uni ou bilatéralité, volume d'un œuf, d'une noix ou d'une mandarine, tels sont les caractères anatomiques les plus habituels. Cependant, les lésions peuvent être réduites à un piqueté de têtes d'épingles violacées ; ce type peut emporter le diagnostic lorsqu'il siège sur un ovaire, l'autre étant le siège d'un kyste difficilement identifiable. Dans les cas suspects, l'examen extemporané d'un frottis de liquide goudronneux pourrait mettre en évidence le macrophage xanthomateux dont la présence est en faveur de l'endométriose.

Du point de vue pronostic, la question semble tranchée : « l'endométriose n'est pas une tumeur maligne et ne le devient jamais » (Cotte et Mathieu). Mais pour Brocq, on n'est jamais sûr qu'il n'y aura pas de récidive.

Les kystes séreux.

Encore appelés cystadénomes séreux ou kystes wolfiens, le kyste séreux est le petit kyste courant que l'on enlève facilement et avec succès par une simple ovariotomie. Il ne s'accompagne pas de tableau clinique particulier ; parfois intra-ligamentaire, souvent parovarien ou tubo-ovarien, il est uniloculaire, sa paroi mince plus ou moins transparente est tendue par un liquide séreux eau de roche ou parfois brunâtre (hémorragies intra-kystiques).

Il est facile à reconnaître des kystes suspects, mais il ressemble souvent au kyste folliculaire. « Le kyste séreux non végétant est une néoplasie bénigne et n'a aucune tendance à se reproduire une fois enlevé » (Moulonguet).

Les embryomes kystiques ou kystes dermoïdes.

Caractérisé essentiellement par le fait qu'il renferme inclus dans la cavité kystique des éléments ectodermiques plus ou moins isolés ou associés à des formations mésodermiques ou endodermiques, le kyste dermoïde est relativement rare chez l'adulte : 3,4 p. 100 des kystes ovariens pour Olshausen, 5 à 10 p. 100 pour Black ; Paulo Santos en recueille 17 cas sur 207 kystes, et Glass et Rosenthal estiment à 15,8 p. 100 la proportion de kystes dermoïdes après l'examen de 500 cas de tumeurs de l'ovaire. Nous-mêmes, sur 68 tumeurs ovariennes, avons relevé 4 cas de kystes dermoïdes ; 2 des malades étaient âgées de 34 ans, les deux autres respectivement de 51 et 42 ans. Mais le kyste dermoïde est surtout une tumeur de l'enfance. Français trouve 45 kystes dermoïdes sur 78 kystes de l'enfant ; Poucel estime que le kyste dermoïde représente 45 p. 100 des tumeurs globales de l'enfant. Dans l'ensemble, l'embryome kystique paraît être une tumeur de l'enfant et de la jeune femme, bien que Glass et Rosenthal situent entre 30 et 40 ans 82 p. 100 de ces tumeurs. Les embryomes kystiques de la femme âgée pourraient être considérés comme des tumeurs remontant à l'enfance et n'ayant pas évolué (cas de T. P. Franck).

Habituellement unilatéraux ils seraient bilatéraux dans 17 p. 100 des cas (Le Goff) et développés plus fréquemment aux dépens de l'ovaire droit (Meckel). Cliniquement, les embryomes kystiques se manifestent par un syndrome tumoral ovarien, banal dans l'ensemble : le cycle oestral subit cependant des modifications ; classiquement on remarque une insuffisance des fonctions menstruelles (Gallard), hypoménorrhée, irrégularité des règles. Cependant, Le Goff conclue que, contrairement à l'opinion classique, et même dans les formes bilatérales, non seulement les règles persistent mais peuvent devenir plus abondantes que normalement

au cours de leur évolution (Forme hémorragique des kystes dermoïdes de l'ovaire de De Rouville), dans un de nos cas la malade venait pour métrorragie dans un autre cas pour stérilité (obs. 2).

A l'examen, le kyste dermoïde se présente comme une tumeur pâteuse (Léopold) avec des zones dures correspondant aux inclusions, douloureuses au toucher vaginal (Lawson Tait) ; il serait fréquemment à disposition intra-ligamentaire ; pour Kuster, par contre le kyste dermoïde siègerait de préférence dans le cul-de-sac antérieur. La radiographie permet de faire le diagnostic avant l'intervention (Glass et Rosenthal) ; en effet, elle donne des signes de certitude: présence sur le cliché d'une ou plusieurs dents, de fragments osseux plus ou moins nets. Burthiault insiste sur l'importance de la fixité de l'image et note que parfois ces images sont contenues à l'intérieur d'une cavité plus grande bien délimitée formant coque : le type radiographique caractéristique pour cet auteur serait « petite cavité dans grande cavité » ; il faut cependant éliminer le calcul urétéral, vésical ou intestinal, le fibrome calcifié, la grossesse.

A l'ouverture du péritoine, l'ascite est exceptionnelle ; le kyste, de volume en général assez réduit, atteint rarement celui d'une tête fœtale. De forme arrondie ou ovalaire, sa consistance est assez inégale. Sa paroi blanc jaunâtre a un aspect de « peau lavée ». Son contenu est caractéristique, constamment on trouve du sebum et des débris ectodermique : poils, glandes sébacées, dents. Les tissus méso ou endodermiques sont plus rarement représentés : tissus osseux, cartilagineux voire tissus digestifs ou thyroïdiens (goitre ovarien). L'organisation peut exister dans certains cas sous forme de pièces anatomiques complètes : maxillaire inférieur avec dents et glandes sous-maxillaires, œil.

L'évolution est très longue (T. P. Frank, Lejars) et, de l'avis unanime, le kyste dermoïde est une tumeur bénigne.

La transformation maligne existe, mais elle est considérée comme très rare par les classiques ; Debuchy en réunit 31 observations dans sa thèse en 1899. Tedenat estime qu'elle est plus fréquente qu'on ne le croyait jadis, et durant ces dernières années quelques cas ont été étudiés : Millot et Henard, Denis et Duplant ; Plus récemment, Villard et Caillot présentent 3 observations auxquelles Cotte ajoute une 4e. Au point de vue clinique, dans la majorité des cas, ce sont les phénomènes de compression qui dominent, soit sous forme de douleurs particulièrement violentes et relativement brutales, soit sous forme d'accidents occlusifs intestinaux ou vésicaux ; dans un cas de Villard, c'est un tableau de cachexie fébrile qui impose le diagnostic chez une jeune fille de 19 ans. L'examen révèle l'absence d'ascite, (dans un cas seulement de Denis et Duplant il y avait 500 g. de liquide dans le péritoine). Notons ici cette absence d'ascite au cours de l'évolution d'une tumeur à pronostic excessivement grave comme nous le verrons. Le toucher vaginal met le clinicien en présence d'une tumeur imobile, massive, adhérente et fixée dans le petit bassin.

Au point de vue anatomique, Denis et Duplant insistent sur la grande tendance à adhérer à l'intestin non pas par brides, mais par « pénétration d'éléments néoplasiques », d'où la difficulté de l'intervention. Histologiquement, dans toutes ces observations il s'agit d'un épithélioma malpighien spino-cellulaire. Schwartassek a cependant sur 22 cas réunit 9 sarcomes et 2 endothéliomes.

Le pronostic est effroyable : dans la majorité des cas, la mort suit l'intervention de quelques mois, Cotte a une survie d'un an, Tédenat une de sept ans.

Les kystes mucoïdes.

Ils posent un problème délicat car nous ignorons tout de leur origine, wolfienne ou germinative, on n'est pas

d'accord non plus sur leur nature anatomique : ils représentent, selon les cas, pour Peyron et Montpellier, un adénome mucoïde ou un épithélioma à malignité atténuée.

Cliniquement et macroscopiquement parlant ils se présentent à l'ouverture du ventre sous 2 formes :
d'une part, une forme cliniquement bénigne, par sa limitation, sa guérison sans histoire après une simple ovariectomie : cette forme semble correspondre au « kyste proligère glandulaire de Pozzi » ;
d'autre part, une forme cliniquement très suspecte par son aspect diffus, multiloculaire et végétant, tumeur qui, selon les cas évolue comme une tumeur bénigne ou comme une tumeur maligne ; cette forme paraît correspondre au « kyste proligère papillaire de Pozzi. »

Cette dualité anatomoclinique nous oblige à séparer ces deux formes : nous étudierons la première dans ce chapitre des kystes, réservant l'étude de la deuxième pour le chapitre des tumeurs végétantes. Nous insistons cependant dès maintenant sur deux faits :

1° C'est qu'il n'y a pas de cloisons étanches entre ces deux formes, on se trouve peut-être en face de deux étapes ;

2° Qu'elles se réunissent par la notion de sécrétion gélatineuse.

Les kystes mucoïdes sont souvent bilatéraux ; leur volume est excessivement variable, il va d'une noix à celui d'une tête fœtale, ils peuvent même envahir tout l'abdomen formant une grande proportion des kystes géants de l'ovaire dont le poids peut dépasser 25 à 30 kgs. Leur forme est ovoïde ou sphérique avec des irrégularités, des bosselures, leur teinte est en général bleutée parfois rosée ou nacrée. Mais ce qui les caractérise c'est leur contenu, constitué par une substance visqueuse, gluante, filante « de consistance onctueuse au toucher » (Pozzi) qui dépose sur le péritoine de petits amas adhérents, gélatineux dits en « frai de grenouille » ; nous n'insisterons pas sur la constitution du liquide

dans lequel la présence de paralbumine serait pathognomonique pour Waldeyer.

Cliniquement le tableau banal de kyste de l'ovaire est ici retrouvé dans toute sa simplicité ; nous nous étendrons seulement sur le fait que cette forme peut s'accompagner d'un abondant épanchement gélatineux du péritoine, qui dans ces cas est dû à une issue du liquide de sécrétion dans le péritoine par rupture spontanée du kyste. Cette dernière est en général silencieuse : Massabuau, Guibal, Joyeux, Roucaute en ont rapporté un cas que nous résumons :

Il s'agit d'une femme de 64 ans qui souffre du côté droit depuis 2 mois environ, elle présente une symptomatologie banale de kyste de l'ovaire droit. A l'intervention, ascite abondante avec grumeaux gélatineux entourant un énorme kyste gros comme une tête d'adulte ; on note la présence d'une déchirure de la paroi du kyste d'où sort une coulée gélatineuse ; dans les deux flancs et sur les deux côtés de l'utérus deux grosses masses gélatineuses sont extirpées. La malade est revue trois ans après en bonne santé. A l'examen histopathologique, il s'agissait d'un kyste mucoïde.

Decoulx et Bastien publient également l'observation d'une femme de 40 ans qui présente depuis quatre mois une augmentation de volume de l'abdomen avec amaigrissement et anorexie. Au palper on sent une masse mobile volumineuse, le toucher vaginal ne montre rien. A l'intervention, ascite abondante gélatineuse (10 litres de liquide jaune verdâtre) ; l'ovaire gauche est le siège d'un kyste gros comme une tête d'adulte et perforé en plusieurs endroits. On nettoie le péritoine, tous les organes sont imbibés de substance gluante et recouverts d'un semis de petits points blanchâtres allant du volume d'un grain de mil à celui d'un pois, toutes ces lésions sont évidemment laissées en place. L'examen histopathologique a confirmé qu'il s'agissait d'un kyste mucoïde. Cette malade a été revue 5 mois après l'opération : aucun symptôme suspect, pas d'épanchement ; elle a recouvré l'appétit, a grossi de 5 kilogs.

Decoulx et Patoir rapportent une nouvelle observation de ce type : il s'agit d'une femme de 51 ans qui cliniquement a un syndrome d'ascite typique (ventre en obusier, signe du flot), au toucher vaginal on ne sent rien de parti-

culier. A l'opération, liquide gélatineux verdâtre libre dans le péritoine ; kyste bilatéral des ovaires dont l'un gros comme une tête d'adulte est perforé. Il s'agit à l'examen anatomopathologique d'un kyste mucoïde ; la malade est revue onze mois plus tard en excellente santé, elle a pris 4 kilogs.

L'épanchement gélatineux du péritoine, qu'il soit consécutif à une rupture spontanée du kyste ou en rapport avec une sécrétion directe d'un kyste mucoïde de type végétant, offre une physionomie clinique sur laquelle ont insisté Decoulx et Patoir et qui a fait l'objet de la thèse de Capiaux. La rupture est habituellement silencieuse comme le prouvent les observations précédentes ; mais, ces épanchements entraînent un état spécial du sujet : pâleur cireuse, amaigrissement avec phénomènes de constipation et diarrhée, peut-être eczéma (Decoulx et Bastien). La symptomatologie physique se résume en un syndrome d'ascite à caractères un peu spéciaux ; élasticité de la paroi, froissement colloïde perçu par la malade (Olshausen). Deux signes nets sont mis en évidence par Decoulx et Patoir, c'est un signe du flot très net et particulièrement prolongé, et la présence d'un prolapsus utérin ou du moins d'un glissement des culs-de-sac antérieur ou postérieur du vagin. La présence de cet épanchement ne complique en aucun cas l'évolution bénigne de ce type de kyste étudié ici. Dans le cas de rupture simple la guérison est de règle (Decoulx et Patoir).

Type anatomoclinique relativement bien tranché, pronostic bénin, tels sont les grands caractères qui font l'unité des kystes de l'ovaire.

LES TUMEURS VÉGÉTANTES DE L'OVAIRE.

Ce chapitre représente le grand point d'interrogation de l'étude des tumeurs ovariennes ; multiplicité de formes, incertitude d'origine, polymorphisme clinique, instabilité pronostique, tels sont les caractères de ces tumeurs. Il est difficile dans cet agglomérat d'imprécisions, d'établir une entité pathologique nettement définie. En effet, au point de vue histologique, ce sont des épithéliomas, mais il y en a de germinatifs, il y en a de wolfiens ; et, le terme d'épithélioma n'est pas pris ici dans le sens péjoratif de cancer, car s'il y en a de malins, il y en a de bénins. Les épithéliomas wolfiens seraient cependant plus suspects que les épithéliomas germinatifs (Mathieu). Au point de vue pronostic, le terme de tumeur végétante n'est pas synonyme de tumeur maligne, il s'en faut de beaucoup, il y a des tumeurs végétantes bénignes comme il y a des tumeurs végétantes malignes. Comme ce n'est pas la clinique seule qui nous donnera la clé de l'unité, nous établirons, en rapport avec l'allure macroscopique que présentent ces tumeurs à l'ouverture du péritoine, une définition un peu arbitraire que nous adopterons très large : nous considérerons comme tumeur végétante toute tumeur qui liquide, solide ou mixte est le siège de proliférations intra-tumorales (à l'intérieur d'une poche kystique) ou extra-tumorales.

Cliniquement, nous devons séparer avec la plupart des auteurs :

les tumeurs à végétations intra-kystiques
les tumeurs à végétations extra-kystiques.

Les tumeurs à végétations intra-kystiques.

C'est une tumeur kystique dont l'aspect extérieur uni ou multiloculaire est identique à celui des kystes séreux ou mucoïdes que nous avons déjà étudiés, le tableau cli-

nique en est le même ; mais à l'intérieur du kyste il existe des végétations qui allourdissent la paroi en un point, se devinent par transparence ou encore n'apparaissent qu'à l'ouverture du kyste. Ces kystes ont le plus souvent une évolution bénigne : sur 43 tumeurs de ce type Mathieu n'a observé que 11 évolutions malignes. De la lecture de ces observations, retenons la question de l'ascite : sur 11 cas à terminaison fatale l'ascite est signalée à quatre reprises, une seule fois son absence est notée, dans les six autres cas on n'en parle pas ; dans 32 cas d'évolution bénigne, l'ascite n'est retrouvée qu'à deux reprises : dans un de ces deux cas il y eut récidive (noyau coecal) 5 mois plus tard, mais la malade est encore vivante 1 an et demi après l'intervention. *Dans le cas de tumeur végétante à végétations intra-kystiques l'ascite paraît en faveur de la malignité ;* l'observation que nous résumons ici en est un témoignage.

Observation 5 (Prof. Fiolle). — Mme G....., 29 ans, se plaint depuis six mois de troubles urinaires, pollakiurie, cystalgie, dysurie. Depuis deux mois ménorragies puis métrorragies en même temps que s'installent de l'augmentation de volume de l'abdomen et de l'amaigrissement avec anorexie. Il s'agit d'une tumeur abdominopelvienne d'origine ovarienne.

A l'intervention, issue de liquide d'ascite, deux tumeurs très pédiculées sont développées aux dépens des deux ovaires ; sur le péritoine quelques nodules métastatiques. Ablation des tumeurs par ovariectomie. Anatomiquement, il s'agit d'un épithélioma wollfien à végétations intrakystiques. Décès six mois plus tard.

Les tumeurs à végétations extra-kystiques.

Nous réunissons sous ce nom des tumeurs histologiquement disparates, ce groupe comprend en effet des tumeurs végétantes kystiques totales ou partielles associées ou non à de petites granulations pseudo-tuberculeuses (calcosphérites) disséminées sur la tumeur et sur le péritoine environnant (tumeur papillaire superficielle) soit

à une sécrétion gélatineuse de type mucoïde (kyste proligère papillaire de Pozzi)

des tumeurs végétantes solides (épithélioma massif végétant de l'ovaire)

des tumeurs mixtes où tous ces types peuvent se trouver plus ou moins mêlés, expliquant les anomalies et les irrégularités pronostiques qui sont les caractéristiques de ces tumeurs.

Ces formes, enfin, peuvent être primitives ou correspondre à des stades de dégénérescence de kystes séreux ou mucoïdes de l'ovaire.

Mais cette diversité offre cependant des points communs, ce sont les constatations cliniques et opératoires ; leur aspect est toujours inquiétant, elles se manifestent, en effet, par un tableau où tous les symptômes de la malignité se trouvent assemblés : signes locaux de compression pelvienne, abdomen volumineux avec épanchement péritonéal et circulation collatérale, atteinte plus ou moins profonde de l'état général avec amaigrissement, asthénie, anorexie voire état cachectique et température.

A l'intervention, le spectacle n'est pas plus engageant « choux-fleurs néoplasiques qui bloquent le petit bassin, essaimant autour d'eux des greffes péritonéales et intestinales avec un véritable tropisme pour le gros intestin, rectum surtout, cœcum et appendice, transverse enfin » parfois « tumeurs kystiques dont la coque plus ou moins épaisse porte un bourgeonnement comparé à la chair d'anguille ou frai de grenouille » tels sont les termes qu'emploie Mathieu pour décrire cette forme.

Il est possible cependant pour une étude clinique de séparer une forme facilement reconnaissable, c'est la tumeur végétante avec épanchement gélatineux du péritoine.

Nous étudierons donc cliniquement :

Les tumeurs végétantes à végétations extra kystiques avec épanchement gélatineux du péritoine.

Les tumeurs végétantes à végétations extra kystiques

sans épanchement gélatineux du péritoine, nous la nommerons « forme commune » pour être plus concis.

A) Les tumeurs végétantes avec épanchement gélatineux du péritoine. — Nous ne reviendrons pas sur l'étude clinique des épanchements gélatineux du péritoine d'origine ovarienne ; nous avons à propos des kystes mucoïdes rappelé leurs principaux caractères. Peut-on découvrir cliniquement son origine : rupture simple d'un kyste mucoïde ou bien tumeur végétante de l'ovaire ?

On se base sur une atteinte plus marquée de l'état général et surtout présence à la palpation à travers le liquide d'ascite de masses disséminées parfois lointaines, jusque dans l'hypocondre gauche, témoin l'observation suivante dûs à l'obligeance de notre Maître le Prof. agrégé Carcassonne.

Observation N° 6. —Mme B....., 34 ans, vient consulter pour augmentation de volume de l'abdomen, amaigrissement très marqué, quelques troubles des règles. A l'examen, abdomen volumineux, légèrement tendu, avec circulation collatérale et signe du flot ; on sent des masses tumorales à travers la paroi de l'hypogastre ; l'hypocondre gauche est le siège d'une tumeur importante paraissant provenir de la loge splénique.

A l'ouverture, issu d'une grande quantité (5 litres environ) de liquide gélatineux jaune verdâtre dans lequel nagent des masses tumorales kystiques recouvertes de granulations rugueuses ; ces masses toutes solidaires occupent l'abdomen en sa totalité et s'étendent jusque dans la loge splénique : il s'agit d'une tumeur végétante développée aux dépens de l'ovaire gauche, avec adhérences intestinales et épiploïques, le péritoine est recouvert d'un semis de granulations. Extirpation, hystérectomie totale, nettoyage le plus complet possible de la cavité abdomino-pelvienne. Cette malade a engraissé de 2 kg. deux mois après son opération ; cette malade opérée en mai 1941 est actuellement en excellente santé.

Nous ne nous attarderons pas plus longtemps sur l'étude clinique ou macroscopique pour nous attacher à l'étude pronostique.

Malgré le peu de recul, l'observation précédente, qui ne permet pas de parler de guérison, peut faire envi-

sager une évolution favorable. L'observation qui suit nous laisse malheureusement dans la même incertitude.

Observation N° 7 (Prof. agrégé Carcassonne). — Mme C....., 31 ans subit au mois de juin 1941 une hystérectomie subtotale pour tumeur végétante de l'ovaire gauche accompagnée d'un épanchement gélatineux du péritoine (environ trois litres). La tumeur adhérente à l'intestin est parsemée ainsi que le péritoine environnant, de granulations. Nettoyage. Cette malade est actuellement en excellente santé, un an et demi après l'intervention.

Il en est de même de cette observation de Tixier que nous résumons succintement (Société de Chirurgie de Lyon 2 avril 1936, in *Lyon Chirurgical* 1936. XXXIII, page 601.

Mme Ch...., 30 ans aurait subi en juin 1935 une intervention pour tumeur ovarienne jugée inextirpable et traitée par la radiothérapie. En septembre de la même année, dans une autre ville nouvelle laparotomie qui se résume à une simple biopsie : la réponse fut kyste ovarien en voie de dégénérescence. Traitement radiothérapique. En 1936, l'examen de la malade met en évidence une tumeur volumineuse dure, bombant, dans le cul-de-sac droit et le douglas et nageant dans de l'ascite libre.

Laparotomie, évacuation de dix litres d'ascite gommeuse ; le pelvis est occupé par deux masses, celle de droite est surmontée de bourgeons en chou-fleur, chair d'anguille, celle de gauche adhère à la vessie. Hystérectomie subtotale. A l'examen histologique il s'agit d'un épithélioma végétant germinatif bénin. La malade est revue en juillet 1937, elle a repris 14 kg. Le 1er janvier la malade est en parfaite santé.

A côté de ces bons cas, il y a de mauvais cas : la tumeur et l'épanchement offrent les mêmes caractères, mais l'évolution est fatale ; témoin l'observation suivante recueillie dans le service de M. le Dr Michel :

Observation N° 8 (Dr Michel). — Mme de G....., 53 ans entre à l'hôpital pour augmentation rapide du volume de l'abdomen, avec œdèmes des membres inférieurs. A l'examen : énorme ascite avec flot transabdominal. A l'intervention, énorme quantité de liquide gélatineux ; très volumineux kyste de l'ovaire gauche à poches multiples avec contenu gélatineux, extrêmement friable sans adhérences très

marquées sauf en arrière. Petit kyste de l'ovaire droit. Ablation des kystes et suture sans drainage. La malade revient trois mois après avec le ventre ballonné et après examen est dirigée sur le centre anti-cancéreux. Décès un mois plus tard soit quatre mois après l'intervention.

Massabuau, Guibal, Joyeux, Roucaute ont publié en 1938 deux observations de ce type l'une à évolution bénigne, nous l'avons résumée page 41, l'autre nous la résumons ici ; les auteurs opposent et à juste titre ces deux observations où l'aspect est sensiblement le même. Il s'agit d'une malade de 19 ans traitée pour péritonite tuberculeuse. A l'ouverture de l'abdomen, ascite hémorragique avec masses gélatineuses. Le kyste de l'ovaire gauche rompu à sa partie postérieure laisse échapper de nombreuses végétations en coulée qui vont se fixer sur le péritoine, les anses et le grand épiploon. La malade revient deux mois plus tard pour augmentation de volume de l'abdomen. Nouvelle laparotomie ascite hémorragique et masses inextirpables ; décès le soir de l'opération.

Mathieu dans sa thèse, rapporte une observation de Tixier (obs. n° 74 in thèse Mathieu) qui témoigne encore de la malignité de ces formes tumorales, nous la résumons ici brièvement : Mme G....., 62 ans porteuse d'une tumeur ovarienne avec épanchement pleural droit et ascite. A l'intervention, après évacuation de 10 litres de liquide d'ascite gommeuse, on découvre une tumeur multiloculaire remontant jusqu'à l'ombilic et développée aux dépens de l'ovaire droit. Infiltration légèrement sténosante du colon pelvien. Extirpation ; hystérectomie subtotale, mickulicz. Histologiquement c'est une tumeur végétante wolfienne. La malade quitte le service gardant un épanchement pleural ; décès 4 mois plus tard.

L'unité clinique et macroscopique semble réalisée, mais le pronostic diffère. Nous ne pouvons pas espérer aboutir à un résultat précis ; peut-être faudrait-il pour cela un matériel clinique suffisant : dans le nombre imposant d'observations réunies par Mathieu, la nature gélatineuse de l'épanchement n'est probablement pas toujours précisée.

Il nous a semblé utile ici dans un travail clinique, et, par là, même un peu empirique, de mettre à part cette

forme à pronostic incertain mais qui est grossièrement identifiable à l'ouverture de l'abdomen : nous avons trouvé des cas à évolution favorable et des cas à évolution défavorable. Moulonguet insiste sur ces tumeurs végétantes à ascite non sanglante « mais fluide et onctueuse » où l'hystérectomie avec ablation des annexes et des végétations qui les recouvrent peut donner de très belles guérisons (six observations de Lecène). Il ajoute cependant que dans des cas typiques il peut y avoir un comportement malin. Decoulx, Bastien, Patoir estiment qu'aucun critère n'existe ; les récidives sont possibles jusqu'à 11 ans après l'opération, ils donnent comme chiffre 40 à 60 p. 100 de récidives ou de métastases. Une observation plus minutieuse, une récolte très abondante de cas bien étiquetés pourrait peut-être amener à la découverte d'un critère macroscopique ou clinique.

Nous allons retrouver cette instabilité dans les dernières formes de tumeurs végétantes où l'évolution est cependant plus redoutable. Nous pourrions séparer des tumeurs végétantes ascitogènes (l'épanchement gélatineux étant évidemment exclu) et des tumeurs végétantes anascitiques ; mais ce serait créer une confusion pronostique, le symptôme ascite étant trop souvent synonyme de malin ; nous préférons discuter plus loin ce problème dans l'étude synthétique que nous ferons ultérieurement sur le syndrome de la malignité dans les tumeurs ovariennes.

B) Les tumeurs végétantes communes. — Leur aspect clinique et morphologique nous est connu, rappelons que s'entremêlent sous un même aspect des épithéliomas bénins et des épithéliomas malins, des tumeurs à pronostic histologique très sombre et à évolution favorable, des tumeurs à pronostic histologique bénin mais à évolution mortelle. Nous avons recueilli une dizaine d'observations, nous ne les résumerons pas toutes, car, malgré nos recherches certaines malades ont été perdues de vue. Nous ne rapporterons que celles dont les suites sont connues.

Observation N° 9 (Prof. agr. Carcassonne). — Mme T..., est opérée en mars 1935 d'une tumeur végétante de l'ovaire gauche avec épanchement péritonéal, pas d'adhérences particulièrement notables ne sont signalées sur l'observation : hystérectomie subtotale. La malade est en bonne santé actuellement 7 ans plus tard.

Observation N° 10 (Dr Michel). — Mme G....., 45 ans, entre à l'hôpital pour augmentation de volume de l'abdomen avec vomissements et constipation, douleurs dans la fosse iliaque droite ; mais son état général est excellent, pas d'anorexie, pas d'amaigrissement. A l'examen, il s'agit d'une ascite volumineuse qu'accompagne un hydrothorax bilatéral. Laparotomie, issue de 5 à 6 litres de liquide : tumeur végétante de l'ovaire inextirpable. Décès 4 mois plus tard.

Observation N° 11 (Dr Michel). — Mme B....., 59 ans, entre pour tumeur de la fosse iliaque droite, indolore, évoluant depuis deux mois ; pas d'amaigrissement, bon état général. A l'intervention pas d'ascite, tumeur végétante de l'ovaire dont on extirpe le plus possible par hystérectomie subtotale ; on laisse des bourgeons inextirpables. Bonnes suites immédiates, mais reprise des troubles 1 an et demi plus tard. Décès 22 mois après l'opération.

Observation N° 12 (Dr Michel). — Mme B....., 30 ans, est admise pour pesanteur abdominale sans douleurs ni troubles de la menstruation. A l'examen de l'abdomen on perçoit une volumineuse masse dure qui remonte jusqu'à l'ombilic. A l'opération, tumeur kystique végétante bilatérale des ovaires avec libération difficile, on termine par une hystérectomie subtotale. Anatomiquement il s'agit d'une tumeur wollfienne végétante non cancérisée sur les fragments examinés. Nous avons eu des nouvelles de cette malade qui est bien portante actuellement 6 ans après l'intervention.

Observation N° 13 (Dr Gamel). — Mlle M....., 50 ans, est admise pour asthénie avec douleurs de la fosse iliaque gauche ; règles irrégulières depuis 5 mois, aménorrhée depuis deux mois. A l'intervention, il s'agit d'une tumeur végétante de l'ovaire gauche adhérente au petit bassin et au colon pelvien. Extirpation. La malade meurt 5 mois plus tard de généralisation cancéreuse.

Mathieu, dans sa thèse, sur 43 observations de tumeurs végétantes à végétations extra-kystiques, relève

une mortalité de 25 sur 43. Les greffes ou végétations extra-kystiques sont donc un signe de plus grande malignité. Donc survie dans 18 cas malgré un aspect macroscopique malin. Dans les cas malins l'ascite est observée 20 fois ; dans 4 observations elle n'est pas signalée, dans la dernière son absence est notée ; mais dans ce dernier cas, d'ailleurs, la malignité est douteuse ; en effet, rappelons brièvement cette observation :

Observation LVII (*in th.* de Mathieu). — Mme P... J..., 46 ans, est opérée en novembre 1926 d'une tumeur ovarienne bilatérale avec envahissement de l'épiploon et du paramètre. L'ablation de la tumeur entraîne une petite brèche urétérale que l'on suture ; hystérectomie totale. Examen histologique : tumeur végétante germinative sans aucun signe de malignité.

La malade quitte le service avec une fistule urétéro-vaginale qui se ferme en décembre. La malade est hospitalisée à nouveau en 1937, pour occlusion intestinale ; laparotomie: on découvre un volvulus du grêle, résection. Décès.

L'absence d'ascite correspond ici à un bon pronostic car une survie de 11 ans avec décès vraisemblablement pour une autre raison est un cas favorable, en rapport d'ailleurs avec le pronostic histologique. Dans 13 cas avec évolution nettement favorable, l'ascite est affirmée 8 fois, dans 5 cas elle n'est pas signalée, son absence n'est jamais particulièrement notée ; nous ne tenons pas compte de la teinte de liquide dont il n'est pas régulièrement fait état.

Sur la question de l'ascite, on peut dire qu'elle est présente dans presque tous les cas malins, et dans une grande partie des cas bénins. L'amaigrissement signalé dans des formes à évolution maligne, l'est aussi dans des cas à évolution bénigne et en aussi grande proportion ; il en est de même des métrorragies.

De cette étude des tumeurs végétantes de l'ovaire, nous retiendrons que pour le clinicien et pour l'opérateur trois éventualités peuvent se présenter :

1. Une tumeur kystique en apparence bénigne, encap-

sulée, mais cependant végétante à pronostic assez souvent favorable (dans les 2/3 des cas environ).

2. Une tumeur végétante avec épanchement gélatineux du péritoine à pronostic instable ; favorable en gros dans la moitié des cas.

3. Une tumeur végétante avec ou sans ascite à pronostic réservé, mais qui peut évoluer cependant vers la guérison dans 1/3 des cas environ.

LES TUMEURS OVARIENNES SOLIDES ENCAPSULÉES.

Nous adopterons ici une définition qui sera plutôt négative puisqu'au fond il s'agit de tumeurs solides, non végétantes. Signalons cependant dès maintenant, que ces tumeurs peuvent, à la période terminale de leur évolution, posséder des adhérences telles que le terme d'encapsulé devient alors impropre.

A la cohésion histologique, nous essaierons de substituer une cohérence clinique et macroscopique. En effet, il ne sera tenu aucun compte de la nature histologique ou de l'embryogénèse, il ne faudra pas s'étonner de trouver côte à côte des tumeurs conjonctives, épithéliales ou métastatiques ; de même le pronostic ne nous guidera en aucune sorte, une tumeur bénigne pourra coudoyer une tumeur maligne. Pour la commodité clinique, dans le cadre des tumeurs encapsulées, nous séparerons les tumeurs plus habituelles chez la femme jeune des tumeurs qui semblent le privilège de la femme plus âgée ; *tumeurs de l'adolescence et de la pleine activité génitale* d'une part, *tumeurs du déclin de la vie génitale et de la ménopause* d'autre part.

Une forme cependant domine ces deux groupes, elle semble avoir été longtemps la tumeur originelle, d'où l'on a isolé peu à peu, par l'histologie, l'embryologie, la clinique et la thérapeutique, des types plus précis ; Elle

sera peut-être démembrée encore : c'est *l'épithélioma massif primitif de l'ovaire* (germinatif ou wolfien) encore appelé cancer primitif de l'ovaire, dénomination impropre à notre avis car beaucoup de tumeurs que nous étudierons sous un autre nom sont également des cancers de l'ovaire. Nous l'examinerons à part car elle est le type de la banale tumeur solide et maligne de l'ovaire.

L'épithélioma massif primitif de l'ovaire.

Sa fréquence est difficile à évaluer car les auteurs font entrer dans leur statistique toutes les tumeurs solides malignes de l'ovaire ; on doit la considérer comme la plus fréquente des tumeurs que nous étudions dans ce chapitre. Pour la même raison, l'âge est difficilement appréciable. Mais il semble que l'on doive la considérer comme une tumeur de la période avancée de la vie génitale et de la ménopause : en effet, les 10 cas d'épithéliomas de De Mora sont échelonnés entre 47 et 58 ans, les 15 cas de tumeurs solides de la thèse de Mathieu où l'histologiste a pu affirmer l'épithélioma massif wolfien ou germinatif s'échelonnent de 37 à 67 ans ; dans les observations qui nous ont été confiées les malades sont âgées respectivement de 37, 53, 38, 41, 55 et 62 ans.

L'aspect clinique est celui du cancer pelvien avec son cortège de symptômes alarmants, l'ascite est habituelle. Au toucher, il s'agit d'une ou de deux tumeurs dures, plus ou moins irrégulières, mobiles et fixées de volume variable.

A péritoine ouvert, ascite habituellement hémorragique, sale, d'abondance assez souvent réduite. Il s'agit d'une tumeur en tous points semblable à la description que nous avons faite dans l'observation n° 3 (page 28) mais de plus petites dimensions (volume d'une noix à celui d'une tête fœtale) ; tumeur irrégulière, bosselée et sillonnée, de coloration grise rougeâtre ; souvent bilatérale, elle présente des portions plus ou moins kysti-

ques ou molles dans un ensemble massif recouvert d'une coque. Ces tumeurs sont pédiculées et libres habituellement. A la fin de leur évolution, ces tumeurs contractent des adhérences qui, inflammatoires au début, ne seraient cancéreuses qu'à la fin (De Mora). Les métastases ganglionnaires se font au niveau des chaînes hypogastriques, lombaires et lombo-aortiques. Les greffes néoplasiques se disséminent sur le péritoine abdominal et l'épiploon.

Avant de parler du pronostic, relevons l'avenir des malades de Mathieu et de De Mora. De Mora sur 9 malades note 5 décès rapides, 1 malade perdue de vue, 1 malade en bonne santé un an plus tard, 2 cas sont trop récents pour que l'on puisse juger. Mathieu, sur 13 cas a 11 décès rapides et deux malades sont en bonne santé 7 ans plus tard.

La contribution que nous apportons est faible, car certaines opérées n'ont pas été retrouvées, nous ne reproduisons que 4 observations : l'une d'elle a été résumée page 23, Observation N° 3.

Observation N° 14 (Prof. agr. Carcassonne). — Mme B....., 41 ans, est opérée en 1936 d'une tumeur bilatérale des ovaires accompagnée de fibrome utérin ; il s'agit d'un épithélioma massif des ovaires : hystérectomie totale. La malade meurt 1 an après de métastase vertébrale.

Observation N° 15 (Dr Michel). — Mme A....., 62 ans, vient pour métrorragies abondantes apparues depuis un mois environ sans aucun autre symptôme si ce n'est un amaigrissement de 16 kilogs en un an. A l'intervention, utérus atrésique, tumeur ovarienne de la grosseur d'un œuf de poule. Hystérectomie subtotale le 9-9-1941. Il s'agit d'un épithélioma atypique de l'ovaire ; cette malade est revue en bonne santé au mois d'octobre 1942. Le recul nous paraît insuffisant pour porter un jugement sur l'avenir.

Observation N° 16 (Prof. Fiolle). — Mme S....., âgée de 53 ans est hospitalisée pour douleurs du bas-ventre depuis plusieurs mois avec nausées, vomissements et température, amaigrissement de 10 kilogs en 8 mois, augmentation de volume de l'abdomen depuis 3 mois. A l'examen, masse para-ombilicale gauche. A l'ouverture du péritoine, il s'écou-

le un liquide séreux et louche ; il s'agit d'une tumeur annexielle adhérente ou sigmoïde et au rectum : hystérectomie totale. Epithélioma cylindrique de l'ovaire ; la malade perdue de vue serait morte peu de temps plus tard.

Nous pouvons déduire de tout ceci, que malgré d'heureuses surprises, le pronostic est d'une effroyable gravité.

Tumeurs de l'adolescence et de la pleine activité génitale.

Le séminome de l'ovaire. — Connu sous le nom de « dysgerminome » en Allemagne et dans les pays anglo-saxons, le Séminome de l'ovaire (Chevassu) est une tumeur assez nettement individualisée au point de vue anatomoclinique. C'est une tumeur de l'adolescence « carcinoma puellarum » de Robert Meyer ; on peut cependant la rencontrer à la ménopause et sur 45 observations Clairefond établit la statistique suivante :

De 6 à 15 ans.....	13 p. 100
17 à 25 ans.....	52 p. 100
25 à 45 ans.....	20 p. 100
45 et au delà.....	15 p. 100

Novak et Gray publient 17 cas échelonnés de 6 à 38 ans, Fauvet en décrit un cas chez une femme de 52 ans. Sa fréquence est difficile à mettre en évidence, pour Klaften il représente 2 p. 100 des cancers ovariens, 3 p. 100 des tumeurs malignes de l'ovaire pour Seegar ; Stoïa et Stanciulesco, sur 15 tumeurs solides de l'ovaire trouvent un séminome. Nous en avons relevé un cas dans le service de Monsieur le Prof. Fiolle :

Observation N° 17 (Prof. Fiolle). — Mlle M....., 16 ans, vient pour augmentation de volume de la région hypogastrique avec douleurs dans la fosse iliaque droite évoluant par crises ; aménorrhéique depuis 2 mois, elle a maigri de 3 kilogs en un mois. A l'examen, il s'agit d'une tumeur sous-ombilicale s'étendant vers la fosse iliaque droite, dure, irrégulière, bosselée. La réaction de Brouha est néga-

tive. A l'opération, on découvre une tumeur de l'ovaire gauche du volume d'une grosse pastèque, adhérente en avant à la vessie, en arrière à la face postérieure du ligament large. Ablation de la tumeur. On trouve une vaste adénopathie lombaire du volume d'un poing et qu'on laisse en place. Il s'agit d'un séminome de l'ovaire. Cette malade opérée en août 1940 a eu 2 séances de radiothérapie, l'une post-opératoire, l'autre un an plus tard ; cette malade est toujours vivante et en bonne santé.

L'histoire de cette malade est à peu près typique : douleurs du bas-ventre, amaigrissement sont des symptômes banaux, l'augmentation rapide du volume de l'abdomen est plus caractéristique. Au point de vue menstruel cette malade avait un retard de règles ; les perturbations du cycle œstral sont habituelles, mais le type en est variable : règles irrégulières, métrorragies ou aménorrhée sont les troubles les plus souvent signalés par les auteurs. L'aménorrhée est cependant le symptôme le plus significatif et il a une portée plus grande. Il est classique, en effet (Meyer) de distinguer un terrain spécial d'évolution des séminomes ovariens ; la simple hypoplasie génitale en est le premier degré, l'hermaphrodisme ou le pseudo--hermaphrodisme en sont les types les plus caractéristiques. L'aménorrhée, qu'elle soit primitive ou secondaire ne serait alors que le reflet de troubles sexuels plus graves ; cependant ces anomalies ne représenteraient que des cas mineurs, Clairefond réunit 37 observations où le terrain d'évolution était normal, 8 cas seulement présentaient des modifications des caractères sexuels secondaires. Novak et Gray reprenant la question, estiment que le dysgerminome est la plus commune des tumeurs des pseudo-hermaphrodites, comme elle est chez l'homme celle des cryptorchides, et ils signalent comme anomalies : l'absence d'utérus ou l'utérus rudimentaire, l'hirsutisme, l'élargissement du clitoris, l'aménorrhée primitive le développement pauvre des caractères sexuels secondaires, l'infantilisme, mais l'ablation de la tumeur n'ayant aucun effet sur les caractères sexuels, les au-

teurs voient dans ce fait le critère entre le dysgerminome et l'arrénoblastome.

L'examen physique révèle une tumeur solide, sphérique ou ovalaire souvent bosselée, bien encapsulée et libre, de consistance élastique, classiquement unilatérale, bien que pour Emory Seegar le séminome serait bilatéral dans 26 p. 100 des cas. Le diagnostic clinique s'appuie ici également sur le laboratoire ; la valeur du test d'Ascheim et Zondeck a été étudiée par Zondeck et Ferguson : la prolanurie A est suffisante pour déterminer une réaction faiblement positive. Jorge et Moreno, Fauvet, Hohage insistent sur le pronostic défavorable de l'apparition du facteur lutéinisant après ablation de la tumeur ; dans le cas de Hohage les urines de la malade contenaient 110 unités d'hormone ; le décès fut rapide par métastase malgré une ablation large utéro-annexielle. La réapparition de la prolanurie est pour Ferguson le signe le plus précoce d'une dissémination.

A l'intervention, le séminome ovarien se présente comme une tumeur solide, libre, pédiculée, il y en a de petites, il y a en a de grandes, qui peuvent occuper toute la cavité abdominale. Toujours entouré d'une capsule, le séminome a des contours noueux. A la coupe, il est de consistance « caoutchoutée » (Rubbery), cette élasticité particulière est un bon élément de diagnostic pour Fauvet ; la surface de section est grisâtre ou rose grisâtre en « aspect de caviar » (Emory Seegar) avec des zones jaunâtres et des foyers hémorragiques. A un stade évolué de la tumeur on assiste évidemment à une infiltration des viscères pelviens, à des métastases. Clairefond insiste sur la valeur des métastases ganglionnaires lombo-aortiques qui sont un bon signe de diagnostic : elles ont été retrouvées à l'intervention chez notre malade.

Le séminome est une tumeur à développement rapide. Si pour Russel la malignité n'est pas grande, la majorité des auteurs considère de plus en plus le séminome

comme une tumeur à pronostic très grave : c'est la conclusion de Clairefond, c'est ce qui ressort également des travaux de Föderl et de Seegar qui insistent sur le grand pouvoir d'envahissement du séminome. Mathieu, examinant le pronostic à travers les tentatives thérapeutiques les plus complètes conclut en ces termes : « La chirurgie, même associée à la radiothérapie n'a pas profondément modifié l'avenir du séminome de l'ovaire ; plus exactement ce traitement n'est efficace que dans certains cas particuliers que la clinique ou l'histologie n'arrive pas à distinguer des autres ».

Les Sarcomes et endothéliomes de l'ovaire.

Les *endothéliomes* (hémangio-endothéliome ou lymphangio-endothéliome) de l'ovaire ne nous retiendront pas ; ils n'ont aucun individualité clinique « ce sont des tumeurs cliniquement non distingables des sarcomes » (De Mora). Leur existence même est discutée par certains auteurs.

Le sarcome est une tumeur rare, plus rare que le fibrome et qui survient surtout chez des sujets jeunes (1/4 des tumeurs totales de l'ovaire chez la fillette prépubère pour Delannoy et Démarez) ; le maximum de fréquence se situerait au dessous de 15 ans et entre 25 et 45 ans.

L'ascite est quasi constante, abondante et hémorragique (Forgue et Massabuau) ; le tableau clinique est celui d'une tumeur ovarienne à physionomie maligne : déchéance de l'état général, ascite, grande vitesse d'accroissement. Dans 25 p. 100 des cas il y aurait des phénomènes de puberté précoce (Delannoy et Démarez).

Macroscopiquement, De Mora décrit en ces termes le sarcome ovarien : « cette tumeur ressemble au fibrome mais plus brillante, plus régulière de consistance molle, avec une paroi très friable. Sa rupture peut donner issue à des matières mi-solides rappelant la substance

cérébrale ». Habituellement unilatéral, souvent pédiculé, le sarcome atteint et dépasse souvent le volume d'une tête d'adulte ; de coloration blanchâtre ou jaunâtre, il présente à la coupe des zones variables ramollies et parfois kystiques ; plus refoulant qu'infiltrant, il peut cependant contracter des adhérences avec le péritoine, l'épiploon, l'intestin.

Nous n'insisterons, ni sur le type histologique, ni sur l'origine primitive ou secondaire (dégénérescence de fibrome ou d'embryome) ; le pronostic est évidemment fatal.

Embryomes solides ou tératomes.

Formés de tissus dérivés des trois feuillets embryonnaires, les tératomes représentent la forme solide du kyste dermoïde mais à limites moins strictes, en effet, on y fait entrer (Laffont et Petit, Mathieu) le goitre ovarien et le chorio-épithéliome primitif.

1. Tératome proprement dit. — Ce sont des tumeurs rares : elles sont plus fréquentes dans l'enfance et dans l'adolescence ; sur 33 cas de Neuhauser, 31 malades avaient moins de 35 ans : la maturité sexuelle paraît être leur période de prédilection (Delannoy et Démarez) ; elles sont exceptionnelles après la ménopause.

Cliniquement, elles se manifestent par un tableau de tumeur ovarienne avec signes de cachexie rapide ; chez l'enfant, Delannoy et Démarez retrouvent un syndrome de puberté précoce dans 7 cas sur 36. La tumeur évolue habituellement avec une grande rapidité atteignant très précocement le stade abdominal. Les tératomes ovariens sont habituellement unilatéraux, leur surface est lisse et bosselée ; à l'intérieur, la présence de cavités kystiques est fréquente s'associant à des éléments variables cartilagineux, osseux ou médullaires. L'évolution est à peu près fatale, la malignité paraît indiscutable : Geist admet 85 p. 100 de malignité et

Mathieu, bien qu'il rapporte l'observation d'une malade opérée en 1935 d'un tératome ovarien à tissus variés, toujours vivante en 1938, n'hésite pas à admettre l'opinion courante et à écrire : « les tératomes solides sont d'une redoutable gravité, quelle que soit l'apparence de bénignité histologique. »

2. Goitre ovarien. — On peut le définir comme la présence au niveau de l'ovaire d'une tumeur thyroïdienne. Décrit la première fois par Gottschalk sous le nom « folliculoma malignum », les opinions sur son origine et sa signification sont diverses. Tumeur métastatique pour les uns (Koestschener), néoplasme de l'épithélium de surface pour les autres (Bauer), les auteurs actuellement à la suite de Pick considèrent cette tumeur comme un tératome, ce qui nous permet de l'étudier ici.

Tumeur rare (Mayer : 1/5 des dermoïdes) ; H. O. Kleine, sur 103 tumeurs ovariennes où il en relève 23 cas, estime qu'il serait plus fréquent qu'on ne l'admettait jusqu'ici.

Nous avons eu la chance d'en relever un cas dans le service de Monsieur le Dr de Vernéjoul.

Observation N° 18 (Dr de Vernéjoul). — Mme D....., 38 ans, consulte son médecin pour des troubles de l'état général, fatigabilité excessive, légère anorexie. C'est l'examen complet de la malade qui fait découvrir une masse annexielle droite et l'on porte le diagnostic de kyste de l'ovaire droit. Cette malade ne présente aucun symptôme suspect au niveau de son appareil génital : pas de douleur, pas de troubles de la menstruation,, elle est réglée régulièrement et a toujours perdu très peu ; on peut cependant envisager chez elle la possibilité d'une stérilité secondaire, en effet Mme D., a une fille de 18 ans et aurait désiré un autre enfant ; elle a eu un avortement de 1 mois et demi spontané 1 an après la naissance de sa fille, depuis aucune grossesse. L'interrogatoire ne nous a révélé aucun symptôme pouvant faire suspecter une hyperthyroïdie (pas de palpitations, pas d'amaigrissement notable). Dans ses antécédents personnels notons une pleurésie à l'âge de 20 ans ; ses parents et son mari sont en bonne santé.

Intervention le 30 octobre 1942 (Dr Jean) laparotomie médiane sous-ombilicale ; on tombe sur un kyste de l'ovaire du volume d'une grosse mandarine. Ablation de la tumeur avec ovariectomie unilatérale. Fermeture en 3 plans. L'examen macroscopique précise qu'il s'agit d'un kyste dermoïde par la présence de poils dans la cavité kystique.

L'examen histo-pathologique précise les points suivants : (Dr Laval, Lab. d'Anatomie Pathologique de l'Hôpital de la Conception Prof. L. Cornil). Au niveau de l'ovaire plages étendues de sclérose collagène et de tissu fibreux avec hyperplasie des fibrocytes. Une partie de la préparation examinée est constituée par un amas de formations vésiculaires formées par un épithélium cylindro-cubique. Ces vésicules sont de dimensions très variables, les unes sont à peine ébauchées, les autres ont subi une véritable dilatation kystique. Une coloration au muci-carmin ne met en évidence aucune trace de mucus, la lumière de ces vésicules est riche en substance colloïde. La structure histologique de ces préparations rappelle donc le corps thyroïde. Il s'agit, en effet, d'un véritable goitre ovarien d'origine dysembryoplasique, sans caractères de malignité proprement dite.

Nous avons revu cette malade 2 mois après son opération, elle est en excellente santé ; ses dernières règles ont été plus abondantes que d'habitude ; elle ne présente aucune modification au niveau de son corps thyroïde.

Cliniquement, la tumeur n'a pas de comportement bien spécial, mis á part les observations de Moënch et Kovacs où le syndrome de Basedow créé par la tumeur disparaît après intervention. Les troubles du cycle menstruel se traduisent par une irrégularité ou une exagération des règles, l'ascite serait fréquente (Masson, Muller). H. O. Kleine admet cependant que le diagnostic de goitre ovarien est possible par la réaction de Reidt-Hunt, qui étudie la résistance des souris blanches aux produits doués du pouvoir d'activer le corps thyroïde ; dans un de ses cas Kleine a vu la réaction positive alors que la malade n'avait aucun symptôme thyréo-toxique.

Habituellement unilatéral, le goitre ovarien est anatomiquement assez mal défini ; c'est en général, qu'il soit seul ou associé à un kyste, un noyau solide gros comme un œuf de poule ou de pigeon à reflets bleuâtres ;

sur la coupe, il est facile de distinguer des masses colloïdes jaunes brunâtres dans lesquelles Robert Meyer a trouvé de l'iode.

L'évolution, pour De Mora est bénigne si le goitre appartient à un kyste dermoïde, elle est maligne s'il appartient à un tératome. Mathieu oppose le pronostic spécial et bénin des tumeurs ovariennes thyroïdiennes au pronostic toujours fatal du tératome solide. D'après cet auteur, la mort rapide serait rare bien qu'il y ait des exemples (Meyer, Wood, Proscher) de métastases osseuses de la tumeur. Tout récemment, Wynne, Cartney et Clendon ont publié un cas de métastase ischiatique, à tissu thyroïdien, sans aucun symptôme d'hyperthyroïdisme chez une femme âgée de 26 ans et porteuse d'un goitre ovarien.

3. Chorio-épithéliome ovarien. — C'est une tumeur superposable au chorio-épithéliome utérin au point de vue anatomoclinique. Son origine très discutée a donné lieu à de nombreuses interprétations que Sbarcea rappelle à propos de son observation que nous avons reproduite plus haut (page 26). En effet Hischmann, Iwase, A. Meyer, Miller, R. Meyer proposent des classifications complexes. Pour plus de simplicité, il semble que deux types de chorio-épithéliomes doivent être envisagés :

a) Le chorio-épithéliome primitif interprété comme un véritable tératome de l'ovaire.

b) Le chorio-épithéliome secondaire métastase d'un chorioépithéliome utérin compliquant une grossesse môlaire.

Seul le premier type devrait être envisagé dans ce chapitre ; mais, l'existence de réactions biologiques et d'un tableau anatomique communs nous permettent d'en faire une étude unique.

Le chorio-épithéliome primitif est une rareté ; Klaften en réunit 7 observations, récemment Preston et Gay, Fikentscher, Sbarcea en publient chacun une.

C'est une tumeur de la femme jeune, la malade de Preston et Gay a 22 ans, celle de Sbarcea, 27 ans, celle de Fikentscher est une fillette de 14 ans. Le fait clinique dominant est que dans tous ces cas il existait les *réactions biologiques de la grossesse :* réaction de Friedmann positive dans le cas de Preston et Gay, réaction de Ascheim et Zondeck positive dans le cas de Sbarcea ; et dans le cas de Filkentscher la réaction reproduisait le type II et III de Zondeck et Ascheim. Dès lors il n'est pas étonnant de retrouver au point de vue clinique le tableau de pseudo-grossesse sur lequel nous avons insisté dans un des chapitres précédents. Le diagnostic facile dans le cas de grossesse molaire dans les antécédents récents ou bien dans le cas de métastases vaginales dont l'aspect bien violacé est caractéristique, devient très épineux s'il s'agit d'une forme primitive. Il est utile, au sujet de ce type de tumeur de rappeler l'intérêt de la recherche des réactions hormonales dans le cas de tumeurs ovariennes suspectes pour permettre de préciser un diagnostic de type.

Au point de vue anatomique, qu'il soit primitif ou secondaire le chorio-épithéliome « est une tumeur dont la caractéristique est d'être très friable ; elle se rompt très facilement sous le doigt, elle est extrêmement vasculaire, sa surface est bosselée, sa couleur rouge foncé. Son volume varie de celui d'un poing à celui d'une tête d'adulte. Elle peut parfois être incluse dans le ligament large (Klotz), mais le plus souvent elle est dans la cavité abdominale où lors du premier stade de son développement elle est particulièrement mobile. Plus tard les adhérences aux viscères voisins sont la règle » (De Mora).

Le pronostic est effroyable : la malade de Filkentscher avait une métastase hépatique à l'intervention ; les malades de Sbarcea et de Preston et Gay meurent de métastases un mois environ après l'opération.

Tumeurs du déclin de la vie génitale et de la ménopause.

Le fibrome de l'ovaire.

Mondor le caractérise comme une tumeur solide de l'ovaire de diagnostic facile, de traitement facile, de pronostic bénin. A la suite des travaux assez nombreux sur la question, en particulier travaux de Tison, de De Mora, de Mondor en France, de Nobre et de Meigs et Cass à l'étranger et à la faveur du nombre de cas publiés dans ces dernières années, il est possible de se faire une idée sur les caractères de cette tumeur.

La fréquence du fibrome ovarien est différemment appréciée : De Queiroz donne un pourcentage de 2,61 ; Schauta évalue le fibrome à 1,5 p. 100 et Rhoads et Terrel à 2 p. 100 des tumeurs de l'ovaire ; Olshausen sur 293 tumeurs de l'ovaire isole 6 fibromes. Par contre, plus récemment De Mora sur 24 tumeurs solides de l'ovaire trouve 10 fibromes et Mondor en publie 4 cas. Dans l'ensemble, c'est une tumeur relativement rare qui apparaît à tout âge à partir de 20 ans, mais avec un net maximum dans les environs de la ménopause ou après celle-ci. Nous avons pu en relever 2 cas dans les services du Prof. Fiolle et du Dr Michel.

Observation N° 19 (Prof. Fiolle). — Mme D....., 70 ans, se plaint de douleurs pelviennes et de pertes sanglantes qui surviennent assez régulièrement et rappellent les menstrues. A l'examen, l'abdomen est volumineux avec matité à concavité inférieure ; pas de sensation de flot. A l'intervention, utérus sénile grosse tumeur de l'ovaire. Hystérectomie totale. Il n'est pas signalé d'ascite dans le péritoine à l'intervention. Il s'agit d'un fibrome de l'ovaire à la coupe histologique.

Observation N° 20 (Dr Michel). — Mlle G...., 75 ans, entre à l'hôpital pour un syndrome d'occlusion intestinale avec violentes douleurs et vomissemnts. Ces phénomènes douloureux abdominaux remontent à 10 ans, mais sous forme de crises moins fortes que celle qui l'amène ce jour à l'hôpital. Depuis ce temps, la malade remarque une augmentation très lente du volume de son ventre. Bon état

général, bon appétit. A l'examen, abdomen globuleux, tendu on sent à la palpation une masse arrondie du volume d'une tête fœtale. Pas d'ascite cliniquement décelable ; au toucher vaginal, cul-de-sac gauche libre, cul-de-sac droit comblé. A l'intervention, tumeur solide de l'ovaire droit, multilobulée, tordue deux fois sur son pédicule. Ligature du pédicule et ablation de la tumeur ; ascite peu abondante. Histologiquement on est en présence d'un fibrome de l'ovaire sans dégénérescence néoplasique.

Au point de vue clinique, un symptôme domine la question c'est la présence d'ascite : elle est souvent le premier signe d'évolution de la tumeur (Tison) elle est pathognomonique pour de nombreux auteurs (Pozzi, Saint-Clair), Mondor la retrouve dans tous ses cas. Les statistiques des auteurs sont cependant variables : après avoir examiné celles de Larnaudie, de Lippert, de Peterson, de Glockner, de Meigs et Cass, de Lynch il semble que la fréquence du symptôme ascite, au cours de l'évolution du fibrome ovarien soit de 65 à 70 p. 100 des cas. Elle est généralement abondante : 2, 3, 4, 5 litres sont les chiffres des observations de Mondor : il s'agit d'un liquide habituellement séreux ; Sureau en publie un cas avec liquide hémorragique. Meigs et Cass ont insisté sur la possibilité de *l'association ascite et hydrothorax* ; Papin en publie un cas où le tableau est celui d'une tumeur maligne ; l'épanchement pleural s'accompagne de dyspnée, de douleur, et gêne thoracique prenant le type inflammatoire (une des malades de Meigs et Cass était traitée pour pleurésie) ; l'épanchement siège le plus souvent à droite et le liquide pleural est assez coloré, jaune ou brun et de poids spécifique de 1,016 à 1,017 c'est-à-dire situé entre le poids spécifique du transsudat et de celui de l'exsudat. A côté de ce syndrome liquidien les autres symptômes n'ont rien de bien caractéristique ; les troubles menstruels son variables ; Tison insiste sur l'aménorrhée en reconnaissant qu'il existe parfois des métrorragies que Lazorthes considère comme exceptionnelles ; dans une de nos observations, les métrorragies prennent l'allure cyclique

des menstrues ; enfin, pour Mondor, dans 75 à 100 des cas, il n'y a pas de troubles de la menstruation. Signalons, d'autre part, comme particularité, la fréquence du syndrome de torsion qui est relativement rare d'habitude dans les tumeurs solides ; enfin la coexistence d'un fibrome utérin et d'un fibrome ovarien est notée par Charbonnel et Ringenbach.

L'état général des malades est habituellement bien conservé.

A l'intervention, le fibrome ovarien se présente comme une tumeur relativement petite n'atteignant qu'exceptionnellement le volume d'une tête fœtale ; elle est lisse, sans adhérence, souvent pédiculée à base très large ; son siège de prédilection est le pôle ovarien latéral (Wirchow, Hellendal) ; de teinte variant du gris blanchâtre au rose clair, elle est rarement bilatérale (20 p. 100 des cas pour Rhoads et Terrel). A la coupe l'allure typique du fibrome est représentée par des travées tourbillonnantes ; la périphérie peut être le siège de petits kystes.

Le pronostic est essentiellement bénin : en effet la transformation maligne par dégénérescence sarcomateuse est d'une exceptionnelle rareté ; la présence d'aspect nécrotique serait cependant pour Meigs et Cass, des éléments suspects de dégénérescence.

La tumeur de Brenner.

Brenner décrit en 1908 sous le nom de « Oophorome folliculaire » trois cas de tumeur solide de l'ovaire survenus chez des femmes très âgées. Depuis on appelle ce type de néoplasme, la tumeur de Brenner. Signalée de temps à autre par quelques auteurs (R. Meyer, Plaut, Hamant, Cornil et Mosinger, Bland et Goldstein), Varangot y consacre un petit travail d'ensemble ; Dockerty et Mac Carty reprennent la question en 1939 après en avoir relevé 10 cas à la Clinique Mayo.

C'est une tumeur rare ; cette rareté ne serait qu'appa-

rente car la tumeur de Brenner est une tumeur silencieuse (Christidis, Stoïa, Stanciulesco). Elle apparaît surtout après de la ménopause (60 p. 100 des cas d'après Dockerty et Mac Carty), Varangot en relève un cas chez la fillette ; le maximum des cas s'échelonne entre 40 et 60 ans.

Au point de vue clinique, c'est un néoplasme pelvien à évolution lente, elle passe souvent inaperçue parce qu'habituellement de petit volume, elle peut être dans ce cas une constatation d'autopsie (Chiray, Albot, Balmez). A côté du syndrome mécanique tumoral, Dockerty et Mac Carty signalent un petit saignement post ménopausique, simple ménopathie hémorragique pour Varangot car il n'y a inactivité endocrinienne, point sur lequel ont insisté encore récemment Kleine et Rodriguez. L'ascite n'a été signalée qu'une seule fois dans la tumeur de l'ovaire de type Brenner (Eleizegui).

A l'exploration chirurgicale, on est en présence d'une tumeur solide, toujours unilatérale du volume d'un pois à celui d'un œuf, bien encapsulée, c'est-à-dire libre et sans adhérences, de teinte blanc grisâtre, pouvant à la coupe présenter quelques cavités kystiques. La tumeur de Brenner peut cependant prendre le type d'un nodule pariétal évoluant sur la paroi d'un kyste mucoïde, forme retrouvée dans 32 cas par Varangot ; Kleine reprenant cette recherche ne trouve que 4 nodules de Brenner sur 164 kystes pseudo-mucineux : l'auteur insiste sur le fait que la présence de cette tumeur n'entraîne ni troubles endocriniens, ni malignité.

En effet, c'est une tumeur essentiellement bénigne de l'avis général des auteurs : pas un seul cas de récidive, pas un seul cas de métastase n'ont été décrits. Néanmoins, Mandelstram classe la tumeur de Brenner parmi les cancers ovariens.

La tumeur de Krukenberg.

En 1895, Friedrich Krukenberg individualise une forme de tumeur de l'ovaire, habituellement bilatérale dont

l'entité histologique est réalisée par la présence de la cellule à aspect de « chaton de bague ». C'est SCHLAGENHAUFFER, qui voit dans ce type de tumeur décrit par KRUKENBERG une formation tumorale ovarienne métastatique, d'origine digestive. Bien que le terme de tumeur de KRUKENBERG soit devenu synonyme de tumeur métastatique, l'hypothèse de la primitivité de cette tumeur n'est pas encore tout à fait abandonnée ; on a été ainsi amené à opposer la tumeur de KRUKENBERG primitive ou vraie tumeur de KRUKENBERG caractérisée par la cellule en chaton de bague, à la fause tumeur de KRUKENBERG ou tumeur métastatique.

Bien que NOVAK et GRAY envisagent encore la possibilité d'une tumeur de KRUKENBERG primitive, il semble que l'on doive admettre l'opinion générale et considérer la tumeur de KRUKENBERG comme une tumeur métastatique, non seulement d'origine gastrique mais digestive ; On peut écrire avec SANTY, ROUSSELIN et MATHIEU « on ne doit plus parler ni de vraie, ni de fausse tumeur de KRUKENBERG, tous les cas sont de même nature ; si longtemps opposés les uns aux autres, ils doivent être réunis » ; d'autre part ils ajoutent « l'extension du terme de tumeur de KRUKENBERG aux tumeurs de l'ovaire secondaires à celles du tractus digestif est légitime. » Enfin, H. O. KLEINE formel dans ses conclusions écrivait récemment « la tumeur de KRUKENBERG n'est jamais primitive. »

Quoiqu'il en soit la tumeur de KRUKENBERG apparaît à tout âge avec un maximum entre 40 et 50 ans pour M^lle^ GAUTHIERS-VILLARS, proportion retrouvée par UHLMANN ; VAPTZAROFF situe la plus grande fréquence entre 30 et 40 ans. La tumeur originelle digestive est habituellement gastrique et emprunte le type de linite plastique (VAPTZAROFF).

M^lle^ GAUTHIERS-VILLARS, sur 355 cas donne les proportions suivantes :

Estomac	247
Rectum	14
Intestin	8
Vésicule biliaire	17
Appendice	1

dont Lubin et Rolayes en ont publié encore un cas récemment. Lockyert donne des pourcentages correspondants :

Origine gastrique	84,72 p. 100
Intestin	13,88 p. 100
Vésicule biliaire	1,38 p. 100

Cliniquement, les signes génitaux peuvent précéder, suivre ou accompagner les signes gastriques ; dans ce dernier cas le diagnostic s'impose évidemment. Nous n'insisterons pas sur les signes digestifs : ce sont les signes du cancer gastrique en général peu sténosant ; amaigrissement, anorexie, dyspepsie ; assez souvent ces malades ont subi une gastrectomie auparavant : 6 fois sur 26 cas (Ulhmann).

Les signes génitaux sont des signes de compression assez fréquents dans cette forme de tumeur ; le cycle œstral est constamment modifié, parfois hypoménorrhée, mais le plus souvent il s'agit d'aménorrhée par destruction du tissu ovarien (H. O. Kleine) ; pour Guibal, Louyot, Beau les métrorragies ne seraient pas rares chez les femmes ménopausées. L'ascite est habituelle et abondante ; la température serait fréquente, pour Jeanneney elle s'ajouterait aux symptômes généraux de l'évolution d'un cancer en voie de dissémination. A l'examen, il s'agit d'une tumeur bilatérale des ovaires dans 88 p. 100 des cas ; son volume rapidement considérable chez la jeune femme serait de plus petites dimensions chez la femme ménopausée (Kleine).

L'intervention précise ces caractères et permet de découvrir au milieu d'une ascite abondante et hémorragique deux tumeurs inégales, de consistance ferme et à surface lisse et bosselée sans adhérence, de couleur rose pâle ou bleuâtre ou blanchâtre. A la coupe, entourées

par une coque fibreuse alternent des zones dures et des zones molles plus ou moins jaunâtres. Le diagnostic facile quand il y a association de signes digestifs et génitaux doit être précisé par un examen gynécologique chez une femme suspecte de cancer gastrique et d'une exploration du tractus digestif au cours d'une intervention pour tumeur bilatérale des ovaires.

Le pronostic ne nous retiendra pas : c'est le pronostic du cancer en voie de dissémination (Novak et Gray) ; sur 53 malades Kleine notre 4 survies, l'une de 15 mois, deux de 3 ans, une de 4 ans et demi : ces trois derniers malades avaient subi un traitement radiothérapique.

L'observation suivante, malgré les larges exérèses bien supportées par la malade confirme le pronostic.

Observation N° 21 (Prof. Agr. Carcassonne). — Mme X....., âgée de 57 ans, vient consulter pour métrorragies. A l'examen on découvre une tumeur solide bilatérale des ovaires. Aucun autre symptôme n'est signalé. Laparotomie : tumeur bilatérale des ovaires, libre ; on pratique une hystérectomie. L'aspect de la tumeur incite, avant de refermer à pratiquer une exploration gastrique : elle permet de découvrir une tumeur de la région pylorique ; gastrectomie immédiate.

La malade meurt deux mois après de cancer hépatique métastatique.

Au terme de ce chapitre concernant la tumeur de Krukenberg nous résumons cette observation dûe à l'obligeance de Monsieur le Doyen L. Cornil. Il s'agit d'une tumeur métastatique au niveau de l'ovaire consécutive à un cancer du sein.

Observation N° 22 (Doyen L. Cornil). — Mme B....., 44 ans, est opérée en octobre 1940 d'un néoplasme du sein dont l'examen histologique précise les points suivants : Epithélioma atypique à forme infiltrante dont on retrouve des dispositions en plusieurs points de la coupe. Par ailleurs nombreuses formations adénomateuses kystiques qui signent l'existence antérieure d'une maladie de Reclus sur laquelle s'est greffé un processus néoplasique qui prend par endroits le type squirrheux. A un fort grossissement on aperçoit des cellules néoplasiques à gros noyaux sans qu'il

soit possible de retrouver des formations mitotiques. Dans ce ganglion on retrouve difficilement par endroits quelques formations lymphoïdes qui caractérisent l'organe. Le ganglion en entier est infiltré par le processus néoplasique.

Cette malade est revue 14 mois plus tard se plaignant du bas-ventre. Elle n'a aucun trouble menstruel, mais à l'examen gynécologique on découvre une tumeur bilatérale des ovaires. Intervention par laparotomie médiane sous ombilicale (Dr Bertrand). L'abdomen présente un épanchement ascitique dans le péritoine. Les ovaires effectivement sont le siège de 2 masses tumorales : l'ovaire gauche de la grosseur d'un œuf de poule est tomenteux et présente à la coupe macroscopique quelques kystes ; l'ovaire droit atteint le volume d'une grosse mandarine. Hystérectomie.

A l'examen histologique, la tumeur est constituée par de vastes plages formées tantôt de nappes cellulaires denses, tantôt à dispositif acineux plus ou moins pigmentés, tantôt en trabécules axées par de minces fibres collagènes. Les cellules sont claires, les monstruosités de moyenne abondance et les mitoses assez fréquentes. La coloration au muci-carmin montre quelques éléments muci-carminophiles rares et disséminés. Le stroma collagène est abondant. Il s'agit d'une métastase au niveau de l'ovaire d'un épithélioma du sein.

La malade est décédée 10 mois après cette dernière intervention dans un syndrome de compression médullaire consécutive à une métastase vertébrale.

Outre la rareté de ce cas de tumeur bilatérale des ovaires métastatiques d'origine extra-digestive (ce qui ne permet pas de lui donner le nom de tumeur de Krukenberg) pose des problèmes complexes que nous n'avons pas à envisager ici ; c'est-à-dire, d'une part la transformation cancéreuse d'une maladie de Reclus, d'autre part le grand pouvoir de dissémination d'une tumeur du sein qui, à l'examen histologique ne paraissait pas douée d'une bien grande malignité.

LES TUMEURS ENDOCRINES.

Ce sont celles qui se présentent comme accompagnées de troubles hormonaux : Funktionstumoren des Allemands (Nokak), Taylor les étudie sous le nom de tumeurs spécifiques des ovaires. Nous préférons le terme de tumeur endocrine qui met en exergue leur particularité clinique sans préjuger ni de leur origine, ni de leur pathogénie, et qui, plus large, permet de classer ces tumeurs sous des syndromes cliniques assez bien définis ; c'est ainsi que nous étudierons :

Les tumeurs folliculinisantes
Les tumeurs lutéinisantes
Les tumeurs masculinisantes

Les tumeurs folliculinisantes.

On en décrit trois types : le kyste folliculaire, la tumeur de la granulosa, la tumeur de la thèque interne, mais elles ont une base commune clinique, c'est le syndrome d'hyperfolliculinisme ; nous allons l'examiner tout d'abord.

Le syndrome d'hyperfolliculinisme. — Il est clinique, anatomique, biologique.

a) Le syndrome clinique : il doit être envisagé aux diverses étapes de la vie génitale.

Avant la puberté, c'est un syndrome de puberté précoce (on admet qu'il y a puberté précoce lorsque cette dernière apparaît avant l'âge de 10 ans) dont les symptômes s'établissent peu à peu ; le premier symptôme, pour Varangot, est le développement des seins, l'apparition et la croissance des poils pubiens qui avec la présence d'hémorragies génitales parfois nettement cycliques forment les symptômes cardinaux.

Le développement corporel suit rapidement ; développement des organes génitaux externes (grandes et peti-

tes lèvres), élargissement du bassin, soudure prématurée des épiphyses. Parfois, s'ajoutent des modifications dans le domaine psychique : coquetterie, préoccupation vestimentaire, abandon de la poupée, intérêt pour le sexe masculin (cas de Pahl).

Après la puberté, pendant la période de pleine activité génitale « la symptomatologie fonctionnelle est beaucoup moins caractéristique, le fait clinique fondamental est le bouleversement complet du cycle menstruel » ; les irrégularités des règles, les méno ou les métrorragies, les périodes d'aménorrhée (aménorrhée hyperhormonale de Zondek) s'entremêlent, la tuméfaction mammaire est fréquente.

Après la ménopause, par contre les métrorragies sont le symptôme capital, elles prennent le type périodique dans les cas les plus typiques ; mais, c'est surtout au début de leur évolution que les métrorragies sont du type pseudo-menstruel, elles deviennent irrégulières par la suite (Varangot). L'augmentation du volume des seins est inconstante « après la ménopause le parenchyme mammaire n'est pas un réactif de folliculine aussi sensible qu'avant la puberté. »

b) Le syndrome anatomique : le développement du volume de l'utérus suit le développement des organes génitaux externes chez la fillette, le gros utérus parfois ramolli et myomateux est fréquent dans les syndromes d'hyperfolliculinisme de la pré-ménopause et de la ménopause. Mais les modifications de la muqueuse utérine ont un intérêt de premier plan : il est possible, en effet, de faire un véritable diagnostic « cyto-hormonal » de l'hyperfolliculinisme par prélèvement et examen de la muqueuse utérine ; cette biopsie de l'endomètre est réalisée par curetage ou mieux par l'usage de la seringue à aspiration (Novak).

Nous insisterons un peu sur l'histologie de l'endomètre hyperfolliculinique. Varangot sépare les cas légers, des cas à lésions très marquées : « on trouve toutes les

transitions entre la muqueuse un peu épaisse et les productions polypoïdes qui comblent et distendent la cavité utérine ». « Dans les cas légers on trouve sur les coupes une simple augmentation du volume des glandes et des cellules. Il en résulte une certaine irrégularité d'aspect qui contraste avec la normale. Les glandes varient dans leur aspect, les unes sont courtes, les autres sinueuses et çà et là quelques bribes kystiques sont réparties dans l'endomètre. La stroma est épais par endroits, lache et œdémateux dans d'autres. Les vaisseaux sont larges et dilatés, s'étendant à toute l'épaisseur de la muqueuse. Les thromboses veineuses entourées de tissus nécrotiques sont fréquentes. Ce qui est caractéristique dans les cas légers, c'est plus la désorganisation que la structure normale de l'hyperplasie ; dans les cas à lésions marquées on est immédiatement frappé par l'abondance des glandes utérines, leur irrégularité et la dilatation kystique de leur cavité. Ce qui est très spécial, c'est leur disposition tout à fait désordonnée par rapport à l'extension verticale normale de la basale vers la surface.

Outre l'irrégularité de leur répartition et de leurs contours, les glandes utérines présent des modifications de leur épithélium. Beaucoup de tubes glandulaires présentent un épithélium multistratifié à hautes cellules cylindriques, à cytoplasme turgescent, à noyau très chromophile. Les mitoses y sont fort nombreuses et l'on trouve parfois à l'intérieur des cavités de véritables proliférations papillaires de l'épithélium. Le stroma participe aussi au processus hyperplasique ; il est par endroits très dense et très riche en cellules, les mitoses y sont nombreuses. Les vaisseaux sont volumineux et très nombreux : dans l'endomètre normal on ne voit de vaisseaux volumineux que dans la basale. Dans l'endomètre hyperplasique on en rencontre dans toute l'épaisseur ; on rencontre fréquemment des zones nécrotiques accompagnées d'une thrombose des vaisseaux sanguins.»

Les modifications de la muqueuse vaginale ne nous

retiendront pas, elles n'offrent pas la précision diagnostique de l'hyperplasie de l'endomètre.

c) Le syndrome biologique : La recherche du taux de folliculine sanguine, la recherche de son élimination urinaire et fécale, doivent théoriquement donner de bons résultats diagnostics, mais, la difficulté des techniques et l'absence de résultats constants n'ont pas encore permis de faire entrer cette méthode dans le domaine de la pratique.

La folliculinémie a été trouvée fortement positive (test de Franck) par Schuschania, Neumann, Bland et Goldtein, Schultze, dans des cas de folliculomes ; il en est de même de la folliculinurie (Schuschania, Von Szathmary) et de l'élimination par les matières fécales. Pour Dworzach, l'élimination urinaire de l'hormone folliculaire passe de 2 à 3 unités/litre à 50 unités/litre quand il y a syndrome humoral d'hyperfolliculinisme. Lepper, Prat, Vaux trouvent de la folliculine dans l'urine dans tous les cas de kystes folliculaires. La recherche de l'élimination des facteurs gonadotropes doit théoriquement être négative dans un syndrome pur d'hyperfolliculinisme ; cependant certains auteurs l'ont trouvée positive (Benda, Knaus, Pahl, Zondek, Brindeau et Hinglais) ; pour Zondek ce serait une réaction de l'hypophyse en face de la tumeur.

Les lésions.

1. *Le kyste folliculaire.*

Il s'observe aux deux grandes périodes des modifications ovariennes : la puberté et la ménopause.

Au syndrome d'hyperfolliculinisme s'ajoute souvent (Dreyfus) des crises vaso-motrices : tachycardie, angoisse, palpitations et migraines, surtout pendant les périodes d'aménorrhée. A l'examen, il s'agit d'une tumeur ovarienne bien libre et mobile de la grosseur d'un œuf ou d'une mandarine parfois plus petite, type du microkyste de l'ovaire sclérokystique.

Au point de vue évolutif, on est en présence plutôt d'une tumeur fonctionnelle que d'une tumeur lésionnelle : ce n'est pas un néoplasme au sens habituel du mot ; nous n'y insisterons pas, rappelons toutefois que, tumeur bénigne en elle même elle a soulevé la question des états précancéreux (Novak et Yui, Taylor).

2. *La tumeur de la granulosa.*

Varangot adopte dans sa thèse la définition suivante « sous le nom de tumeur de la granulosa nous désignons toutes les tumeurs dont le prototype cellulaire représente des éléments analogues aux cellules de la granulosa et qui déterminent des modifications somatiques consécutives à une hyperproduction d'hormones sexuelles féminines. »

Considérées longtemps comme une rareté, elles paraissent relativement fréquentes et de nombreux cas ont été publiés dans ces dernières années. En 1940 Dockerty et Mac Carty en publient 10 cas et Novak de même que Klaften estiment sa fréquence à 1/10 des cas de tumeurs de l'ovaire. Classiquement, tumeur de la ménopause, Varangot estime son maximum de fréquence (60 p. 100 des cas) avant celle-ci, entre 40 et 50 ans. Dans les observations publiées depuis, tous les âges sont signalés : le très jeune âge

3 ans et 9 mois (Anderson et Sheldon)

17 mois (Cornil, Schachter et De Sablet (in th. de Ricardoni)

8 et 14 ans (Harms) ;

comme l'âge avancé

61 ans (cas de Colodrero et de Arnaud, Paillas, Dalsace)

63 ans (Dockerty et Mac Carty qui estiment l'âge moyen de la plus grande fréquence de la tumeur à 51 ans).

Dans les deux cas que nous avons observés dans le Service de notre Maître le Professeur Vayssière, il

s'agissait de femmes âgées respectivement de 28 et 39 ans. Il semble qu'il faille être très large dans les appréciations ; il y a des tumeurs de la granulosa à tout âge ; on peut estimer avec Shockaert et Brenez que
10 p. 100 des cas apparaissent avant la puberté
50 p. 100 pendant la période d'activité génitale
40 p. 100 après la ménopause.

Le syndrome clinique et anatomo-biologique est celui de l'hyper-folliculinisme, il ne nous retiendra pas. Précisons seulement que pendant la période d'activité génitale, les modifications de la menstruation sont quasi constantes : 130 fois sur 134 cas (Varangot). Les ménométrorragies se retrouvent dans 65 p. 100 des cas pour Shockaert et Brenez ; il y aurait aménorrhée dans 28 p. 100 des cas. Ces phénomènes menstruels peuvent être excessivement discrets, témoin les deux observations suivantes que Monsieur le Professeur Vayssière nous a autorisé à reproduire ici :

Observation N° 23 (Prof. Vayssière). — Mme P....., 38 ans, entre à la Clinique obstétricale, salle Sakakini pour douleurs abdominales et augmentation de volume de l'abdomen. La génèse des troubles présentés s'établit ainsi : au début du mois de mai, 5 jours après la fin de ses règles, apparition de petites pertes rosées qui durent trois jours et s'accompagnent de petites douleurs pelviennes qui disparaissent avec les pertes. Les règles suivantes du 22 mai se passent normalement, mais à cette époque, Mme P. s'aperçoit de l'augmentation du volume de son ventre, tandis que s'installent des douleurs que la malade compare aux douleurs du début du travail ; quelques pertes rosées apparaissent alors, irrégulières et peu fréquentes.

A part un amaigrissement de 6 à 7 kg. et un peu de pollakiurie, rien de particulier n'est à retenir de l'interrogatoire de cette malade, en particulier pas de douleur ni tuméfaction mammaire ; la malade est apyrétique.

Dans ses antécédents on ne note rien de suspect : ses père et mère sont morts à l'âge de 75 ans, elle a 3 frères en bonne santé, l'un est décédé en bas âge ; personnellement pas d'antécédents pathologiques, elle a eu une première grossesse terminée par un avortement au 4e mois, une 2e grossesse en 1925 normale avec accouchement à terme d'un enfant actuellement en bonne santé.

A l'examen, on note une tumeur dure et douloureuse à la palpation siégeant dans la fosse iliaque droite et l'occupant dans sa totalité. Au toucher, dans la région postérieure du vagin, présence de 2 petits kystes gros comme un pois ; col petit et fendu, corps de 2 volumes et rejeté à gauche avec nodosités fibreuses disséminées ; masse dure dans le Douglas, dans le cul-de-sac droit masse dure très irrégulière non mobilisable, à gauche masse mobilisable volumineuse (petit melon) de consistance ferme.

Examens de laboratoire : Azotémie 0,30
Glycémie 1,55

Urines : Albumine : néant
Présence très légère de pus
Placards de cellules épithéliales
Pas de germes à l'examen direct.

Réaction de B. W. négative.

Intervention le 5 juin 1942. Anesthésie générale à l'éther.

Laparotomie médiane. Dès l'ouverture, sur la ligne médiane et à droite énorme tumeur ovarienne droite, bosselée très fortement congestionnée, rouge noirâtre, du volume d'une tête de fœtus. Adhérences laches des parties avoisinantes, libération de ces adhérences, section du pédicule, ablation de cette tumeur. Dans la région sous-jacente, utérus fibromateux du voulme d'un petit poing, bloqué dans le pelvis, ne s'élevant pas et flanqué à gauche d'une tumeur ovarienne violacée comme la première, du volume d'une mandarine. Hystérectomie subtotale par le procédé américain de droite à gauche ; hémostase un peu délicate ; le fond du pelvis est infiltré et dur ; péritonisation ; fermeture en 3 plans.

Description des tumeurs : A la coupe aspect spongieux des 2 tumeurs dans leur totalité, sans prolifération papillomateuse (aucun aspect de kyste proligère), type de tumeur polykystique (embryome) avec multiples cavités de dimensions diverses au maximum du volume d'une noix. Liquide hémorragique remplissant toutes ces cavités. A la coupe, utérus fibromateux sans caractères particuliers.

Examen histologique : (Dr Laval, Lab. d'Anat. Path., Prof. L. Cornil). On ne retrouve plus de stroma ovarien normal sur les fragments examinés qui sont constitués dans leur ensemble par des amas irréguliers de cellules qui rappellent par leur histologie des cellules folliculaires. En de nombreux points on assiste à la formation de véritables kystes folliculaires dont la lumière plus ou moins dilatée renferme un liquide séro hématique. Les mitoses sont très nombreuses. Il s'agit donc d'un folliculome de l'ovaire .

Un mois après sa sortie de l'hôpital, Mme P. revient pour pertes sanglantes. A l'examen, abdomen volumineux avec présence d'ascite, on sent une masse para-ombilicale vraisemblablement épiploïque tandis que le foie augmenté de volume est irrégulier mais non douloureux. Au toucher, présence dans le vagin de noyaux néoplasiques de la dimension d'une bille et saignant facilement ; biopsie : il s'agit, au niveau de la cloison rectovaginale de noyaux métastasiques d'un folliculome de l'ovaire.

On ponctionne à l'heure actuelle l'ascite de cette malheureuse qui se cachectise de jour en jour. Nous avons depuis appris son décès.

Observation N° 24 (Prof. Vayssière). — Mme R....., 28 ans, entre salle Sakakini pour douleurs pelviennes qui s'accentuent dans la position debout, elles ont apparu progressivement depuis 6 mois. Depuis 3 mois, la malade constate l'apparition entre ses règles de pertes sanguines noirâtres sous forme de caillots ; en même temps s'installe un état nauséeux avec vomissements et céphalées. Cette malade a été réglée à 15 ans, régulièrement mais assez longuement (8 jours). Elle a eu 3 grossesses, une à terme, 2 à 8 mois, les suites de couches furent normales.

A l'examen, col utérin métrité, corps en antéflexion, de volume plus grand que normalement ; à droite petite masse annexielle du volume d'une grosse amande verte, douloureuse, adhérente à l'utérus ; à gauche, trompe épaissie prolabée en arrière avec petit empâtement péri tubaire, annexes gauches moins douloureuses qu'à droite.

A l'intervention (Prof. J. Chosson), l'utérus est augmenté de volume, les trompes ont un aspect presque normal, les 2 ovaires sont volumineux et offrent l'aspect d'ovarite sclérokystique. Hystérectomie sub-totale.

Examen histologique (Dr P. Laval), ovaire : dans l'ensemble scléro-atrophique avec petites suffusions hémorragiques peu étendues, présence de plusieurs kystes folliculaires. Corps jaune récent en voie d'involution. Pas de follicules primordiaux ; Hyperplasie importante des celluleuses granuleuses de la thèque externe : il s'agit d'une tumeur de la granulosa ; Les mitoses sont nombreuses ; degré de malignité à apprécier.

— utérus : épithélium cylindrique puristratifié ; hyperplasie des cryptes glandulaires, hyperfolliculinie nette. Le muscle est le siège d'un processus leio-myomateux.

— trompe : sclérose de la paroi musculaire ; hyperplasie de la muqueuse tubaire dont l'épithélium cylindrique est souvent pluristratifié. Cette hyperplasie cadre bien avec l'hyperfolliculinie ovarienne.

Nous voyons dans ces deux observations deux tableaux cliniques bien différents : dans un cas c'est un syndrome de tumeur ovarienne caractérisé qui amène la malade ; dans l'autre cas, c'est un syndrome douloureux pelvien que nous n'osons pas appeler syndrome tumoral.

La physionomie anatomique est également dissemblable, dans le deuxième cas c'est une découverte microscopique. Varangot isole un type microscopique dans lequel nous rangeons volontiers cette observation ; mais habituellement le volume de la tumeur se compare à celui d'une orange ou d'un poing, empruntant le type solide, liquide ou mixte. Plus rarement, tout en restant encapsulée la tumeur de la granulosa peut occuper tout l'abdomen. L'envahissement progressif et les adhérences sont rares (Varangot retrouve ce processus dans 10 p. 100 des cas) ; dans l'observation de Colodrero il en existe au niveau du mésentère. L'ascite est rare : Traut et Marchetti la retrouvent 9 fois sur 54 cas, Anderson et Scheldon la signalent dans leur observation concernant une enfant de 3 mois ; Clifford et Vogt publient un cas avec hémothorax et hémopéritoine. La bilatéralité est très rare. Tous les auteurs insistent sur la coloration jaune de ces tumeurs à travées or qui alternent avec des cavités kystiques chargées de liquide transparent ou hémorragique : coupe à aspect de « pamplemousse » de Varangot. Les métastases siègent de préférence au niveau de l'épiploon ou du péritoine ; dans l'observation n° 23 elles occupaient ce siège habituel, mais nous avons vu qu'il en existait dans la cloison recto-vaginale.

Mais ces observations posent le problème de la malignité des tumeurs de la granulosa. Cette tumeur est considérée par la majorité des auteurs comme une tumeur bénigne : 80 p. 100 de bénignité pour R. Meyer ; Shockaert et Brenez écrivent « le pronostic est généralement bon ». Cependant elle est histologiquement maligne (Varangot) et Meigs de son côté estime que la moitié de ces tumeurs ont une évolution grave.

Bien que Dockerty et Mac Carty considèrent comme bénignes 25/30 des tumeurs de la granulosa, dans beaucoup d'observations elles ont un comportement très grave : récidive 6 mois plus tard (Colodrero).

Récidive pariétale presque immédiate (Jeanneney et Rousseau).

Métastase 1 mois et demi après (Vayssière).

Schultze et Compton publient deux cas où la récidive n'eut lieu que 14 et 16 ans après l'intervention ; Compton, à ce sujet, sur 115 cas donne les suites qui s'établissent ainsi :

14 p. 100.....	meurent après l'intervention
20 p. 100.....	meurent inopérables
66 p. 100.....	ont survécu de 2 mois à 15 ans

Ici, comme toujours, lorsqu'il s'agit de tumeurs ovariennes, le pronostic n'est pas uniforme ; et, même dans cette tumeur bien caractérisée, assez facilement identifiable, il y a instabilité d'évolution. Nous ne pouvons nous baser que sur des éléments d'approximation ; longueur d'évolution préopératoire, absence ou non de métastase, degré d'envahissement ; l'ascite paraît sans aucune signification. Varangot conclut « dans 25 p. 100 des cas au moins, ces tumeurs de la granulosa sont certainement malignes, cela ne veut pas dire que les 3/4 restant soient forcément bénignes : il y a là une restriction qui s'impose ».

3. *Les tumeurs de la thèque interne.*

Moulonguet et Varangot font entrer dans le cadre des tumeurs féminisantes, à côté de la tumeur de la granulosa, la tumeur de la thèque interne de l'ovaire. Tumeur excessivement rare sur laquelle Löffler et Priesel attirent l'attention en 1932. Moulonguet et Varangot, en 1939, en réunissent 30 cas ; Dockerty en publie 10 cas en 1940. La plupart du temps, ces tumeurs apparaissent (80 p. 100 des cas) après la ménopause.

Cliniquement, elles se traduisent par un syndrome d'hyperfolliculinisme ; il est parfois moins net que dans la tumeur de la granulosa, l'aménorrhée y serait plus fréquement rencontrée (Dockerty), la réapparition des règles peut avoir lieu après l'intervention (Fischer).

A l'intervention, la tumeur a l'aspect d'un fibrome de volume variable, le plus souvent assez réduit, dure, irrégulière, parfois kystique mais bien encapsulée et blanchâtre ; pas d'adhérences, parfois épanchement péritonéal.

La malignité difficile à juger, vu le très petit nombre de cas, nous paraît très réduite.

Au terme de cette étude des tumeurs folliculinisantes et avant d'aborder les syndromes d'hyperlutéinie, il nous faut dire un mot d'un type de tumeur qui paraît être mixte, c'est le *folliculo-lutéinome* de l'ovaire sur lequel notre Maître le Professeur Vayssière a de nouveau attiré l'attention en 1936 ; cette forme correspond au folliculome lipidique de Lecène et paraît résulter de la transformation lutéinique secondaire de certains territoires du folliculome primitif ; cliniquement, pas de caractère bien spécial n'est à noter, métrorragies et aménorrhée s'entremêlent d'une manière plus ou moins anarchique.

Les tumeurs lutéinisantes.

Elles sont représentées avant tout par les kystes lutéiniques.

1. *Les kystes lutéiniques.*

Ce sont des tumeurs kystiques développées aux dépens du corps jaune : longtemps considérés comme une rareté, ils furent observés et rapportés à plusieurs reprises au cours de ces dernières années ; en 1938, Petit en fait une revue générale dont nous nous inspirerons pour en rappeler les caractères fondamentaux.

Nous n'insisterons pas sur les données physiopatho-

logiques « ces kystes seraient dûs à la transformation de kystes atrétiques et l'hypothèse la plus vraisemblable de leur développement est celle qui évoque un trouble primitif du fonctionnement du lobe antérieur de l'hypophyse » telles sont les conclusions de Petit. Cependant Cotte sépare le kyste du corps jaune proprement dit développé aux dépens du corps jaune vrai, des petits kystes lutéiniques développés aux dépens de follicules atrétiques.

Leur fréquence est difficile à apprécier, ils apparaissent habituellement chez des femmes jeunes, en pleine activité génitale, vers la trentaine.

Il faut opposer au point de vue de notre étude clinique et thérapeutique deux sortes de kystes lutéiniques :

Les kystes lutéiniques en dehors de la grossesse.

Les kystes lutéiniques de la grossesse, en particulier de la grossesse môlaire.

Dans les *kystes lutéiniques en dehors de la grossesse* le maître symptôme est l'aménorrhée sur laquelle Cotte est encore revenu tout récemment ; cet arrêt des règles plus ou moins long peut être le seul symptôme, mais ce type monosymptomatique paraît être assez rarement signalé. D'ordinaire, en effet, une symptomatologie plus positive et plus riche crée un syndrome lutéinique de pseudo-gestation avec troubles sympathiques de grossesse, élancement, picotement, congestion mammaire. Si, à l'examen physique, à côté de la coloration lilas des muqueuses de la vulve ou du vagin, le toucher révèle un col ramolli, un corps plus ou moins augmenté de volume avec ou sans masse annexielle suspecte, le tableau de grossesse utérine ou extra utérine n'est-il pas réalisé ?

L'observation suivante en est un nouvel exemple :

Observation N° 25 (Dr Michel). — Mlle G....., 23 ans, entre à l'hôpital pour douleurs hypogastriques violentes avec irradiations crurales et lombaires. Deux mois auparavant, une crise identique mais moins intense aurait eu lieu.

La crise actuelle s'accompagne de vertiges, éblouissement, étourdissement : on note de la dysurie et de la pollakiurie ; cette malade n'aurait pas eu de troubles des règles.

A l'examen, ventre souple et peu douloureux ; le toucher vaginal révèle une douleur vive dans le cul-de-sac de Douglas, le col utérin est ramolli et le corps est augmenté de volume, mou, dépassant de quatre travers de doigt la symphyse pubienne ; le cul-de-sac gauche est le siège d'une petite tuméfaction dure, non dépressible. Une réaction de Brouha pratiquée est douteuse, elle est interprétée comme témoignant d'une grossesse interrompue dans son évolution.

A l'intervention : kyste de l'ovaire gauche et l'examen histologique précise qu'il n'y a aucun aspect en rapport avec le dispositif de greffe ovulaire, par contre on note la présence de tissu lutéinique en réaction hyperplasique.

Mais ici encore, comme souvent en clinique, les syndromes les plus séduisants ne sont pas toujours réalisés ; et, à côté de l'aménorrhée, le cycle œstral peut subir d'autres modifications. Petit signale des irrégularités de règles et des métrorragies dont un des aspects particuliers serait d'être des hémorragies accompagnées d'élimination de débris de caduque ; des phénomènes névralgiques pelviens compliquent souvent ce tableau.

Cette lutéinisation peut-elle aboutir à un syndrome de masculinisation en créant du virilisme ? Quelques cas ont été publiés et Petit le signale et le discute. Van Tongeren estime qu'il est impossible d'admettre une influence directe ; pour Novak les kystes lutéiniques masculinisants doivent être rattachés aux tumeurs surrénaliennes. Au point de vue des données du laboratoire il faut noter l'irrégularité des résultats : souvent négatives les réactions biologiques de la grossesse se sont montrées positives dans certains cas de Meyer, de Erhardt et Kramann, de Kaiser, de Petit ; Figarella en publie une observation. Dans notre observation, la réaction bien que suspecte a été l'objet d'une interprétation dans le sens d'une interruption de grossesse.

A côté de la réaction de Brouha on peut rechercher directement la progestérone dans le sang soit par la

méthode biologique, soit par la méthode chimique : recherche du glycuronate de prégnandiol dans les urines (la progestérone étant éliminée dans les urines sous forme de glycuronate de prégnandiol).

Les caractères anatomiques se résument de la façon suivante : bilatéralité est de règle en notant cependant que si un ovaire paraît sain, il est en réalité à l'intervention « le siège de nombreux microkystes dont la signification est identique » (Petit) ; le kyste peut atteindre le volume d'une tête fœtale à surface mamelonnée et, à la coupe il est multiloculaire et son contenu liquide, habituellement clair ou jaunâtre peut être hémorragique.

Les auteurs semblent admettre une évolution régressive pour les kystes abandonnés à eux-mêmes ; la cure chirurgicale par l'ablation est reconnue comme radicale.

Les kystes lutéiniques de la grossesse doivent s'opposer aux précédents.

Leur évolution avec une grossesse normale est signalée par Cotte qui en a rapporté récemment 3 observations ; il insiste sur la difficulté qu'il y a à éliminer le diagnostic de grossesse extra utérine » dans ces cas, écrit-il, il importe de ne pas se laisser entraîner par les apparences et d'éviter si possible à la malade une intervention qui ne trouve sa justification que dans l'apparition de complications telles que douleurs, hémorragies intra-kystiques, torsion etc... »

Mais leur présence au cours de l'évolution d'une grossesse môlaire a une valeur diagnostique et peut-être pronostique : ces faits sont trop connus pour que nous y insistions longuement. Dans plus de la moitié des cas la grossesse môlaire s'accompagne de kystes lutéiniques bilatéraux, ces derniers disparaissant après l'avortement môlaire, dans certains cas ils n'apparaissent qu'après.

Anatomiquement ils sont identiques aux kystes lutéiniques qui apparaissent en dehors de la grossesse : ils ont deux caractères essentiels qui sont (Merger) la variabilité de leur volume et la variabilité de leur épo-

que d'apparition. Mais on a vu dans la persistance ou dans l'augmentation de volume de ces kystes ou bien même dans leur apparition après l'avortement môlaire un signe de dégénérescence maligne de la môle (Bar, Guerin-Valmale, Cottalorda, Coventry-Jentel) ; la valeur de ce symptôme reste niée par la majorité des auteurs à l'heure actuelle, mais il est néanmoins judicieux de remarquer avec Petit « L'existence si fréquente du kyste lutéinique au cours de môle vésiculaire ne saurait être dénuée de toute valeur pronostic puisque ces kystes peuvent être interprétés comme témoignant de la grande abondance de principes gonadotropes dans l'organisme ».

A côté du kyste lutéinique, dans le cadre des tumeurs lutéinisantes il nous faut parler du Lutéome ou Lutéinome de l'ovaire.

2. *Le lutéome de l'ovaire.*

Les lutéinomes ne possèdent pas encore une entité morphologique nettement établie ; Meyer nie leur existence, Bourg et Rocmans en publient un cas et réunissent 10 observations dans la littérature.

Métrorragies avec périodes d'aménorrhée en sont les symptômes habituels ; ils s'accompagnent à l'examen d'un utérus un peu gros ; l'ovaire est le siège d'une tumeur arrondie et de consistance fibreuse. Dans le cas de Delarue et Isidor, la tumeur du volume d'une tête de fœtus à terme s'accompagne d'ascite ; il n'y a aucun trouble de la série endocrine. Cette tumeur se rapprocherait du folliculome lipidique de Lecène. Varangot envisage la possibilité d'une lutéinisation d'une tumeur de la granulosa. Pour certains auteurs, ces tumeurs du corps jaune auraient une action masculinisante. Mathieu suggère de considérer les tumeurs du corps jaune avec troubles menstruels comme des tumeurs de la granulosa lutéinisées, les tumeurs du corps jaune avec virilisation comme des hypernéphromes. En effet Rot-

TINO et GRATH publient un cas de lutéome avec masculinisation, la récidive se produisit rapidement, décès.

Malgré la possibilité de lutéome virilisant, nous ne reviendrons pas sur cette éventualité dans le chapitre suivant des tumeurs masculinisantes.

Les tumeurs masculinisantes.

L'adénome testiculaire de PICK, discuté, bénin et sans histoire ne nous retiendra pas. De sorte qu'au seuil de cette étude se pose un problème, celui de l'hypernéphrome ovarien.

L'hypernéphrome serait pour les uns (MEYER, MILLER) une entité définie sous forme d'une inclusion surrénale dans le tissu ovarien ; pour d'autres, et les Français en particulier, il s'agirait de tumeurs à cellules lutéiniques (sarcomes lutéiniques).

La réalité ne peut être affirmée, ni au point de vue histologique, ni au point de vue clinique ; quoiqu'il en soit, cliniquement il se présente comme un arrénoblastome, son évolution serait très grave.

C'est de ce groupe discuté des tumeurs dites « cortico-surrénaliennes » que l'on a isolé et étudié la tumeur virilisante type : ***l'Arrénoblastome.***

Arrénoblastome, terme créé par Robert MEYER sert à désigner une tumeur qui représente le type parfait de la tumeur masculinisante. C'est avant tout un tumeur rare ; ROUAN dans sa thèse en relève 38 cas dans la littérature, un seul cas français (cas de LUZUY). Depuis d'autres cas ont été publiés : 2 cas de WIJSENBEECK et PLATE, une observation de BOLTUCH. Tumeur de la période d'activité génitale, elle apparaît surtout entre 20 et 40 ans.

On décrit deux séries de symptômes qui aboutissent au tableau clinique de la femme masculinisée, ce sont :

des signes de déféminisation
des signes de masculinisation.

Les signes de déféminisation apparaissent les premiers et se traduisent par la perte des caractères sexuels secondaires : disparition du panicule adipeux et de la finesse cutanée, atrophie des seins. Les règles deviennent insuffisantes, irrégulières pour aboutir à une aménorrhée complète. Cette déféminisation fait bientôt place à une masculinisation : l'hirsutisme est le symptôme le plus caractéristique, il se traduit par l'apparition de poils aux joues, au menton, la pilosité prend le type masculin à disposition losangique, Il s'ajoute assez souvent une alopécie des angles fronto-pariétaux. La voix mue en timbre mâle, les cordes vocales et l'épiglotte prennent le type masculin (J. Novak), le psychisme ne tarde pas à suivre ces manifestations et l'indifférence sexuelle s'installe, pouvant aller jusqu'à l'inversion.

A l'examen, à côté de l'augmentation de volume du clitoris qui s'élargit et s'allonge pouvant atteindre 4 cms., la tumeur ovarienne est souvent difficile à percevoir, et ce n'est pas toujours le problème de la tumeur ovarienne qui se pose mais le problème étiologique de l'hirsutisme. Quoiqu'il en soit son volume peut aller de celui d'une noix à celui d'une tête fœtale, l'augmentation de volume du ventre devient alors le premier symptôme (Wijssenbeck et Plate) ; dans le cas d'Hitzanides la tumeur remontait jusqu'à l'ombilic.

Il est difficile, vu le nombre réduit des cas publiés jusqu'ici d'établir une description anatomique permettant d'orienter un diagnostic au moment de l'intervention. Cependant, c'est une tumeur habituellement bien encapsulée, les adhérences ne surviennent que très tardivement ; de consistance élastique ou solide ou mi-solide mi-liquide, l'arrénoblastome est généralement une tumeur unilatérale ; sa coloration est mal précisée par la plupart des auteurs : lisse et brillante, blanc bleuâtre (Escobar Pires), elle est ecchymotique avec alternances de plaques gris jaunâtres et bleuâtres pour Rouan. L'utérus est souvent d'aspect infantile.

Le diagnostic clinique s'aide enfin de deux éléments : D'une part la régression des troubles après ablation de la tumeur, élément de grande valeur mais peu pratique pour la conduite opératoire, d'autre part le laboratoire : les recherches pratiquées sont peu avancées et les résultats peu probants ; le dosage de l'hormone mâle dans l'urine de la malade, n'a montré qu'un taux normal alors qu'elle s'est trouvée très abondante dans le liquide kystique et le tissu néoplasique (Wijssenbeck et Plate). Inversement Glaser et Hampsel signalent la présence abondante dans le sang de l'hormone mâle et son absence dans la tumeur. Boltuch a recherché la quantité d'hormone femelle dans un cas d'arrénoblastome : son taux était nettement abaissé avant et s'est maintenu bas après l'opération.

Il paraît évident qu'une recherche systématique aurait une grande valeur diagnostique, de même qu'elle aurait un intérêt pronostic indiscutable.

De l'avis des auteurs (Novak, Rouan) l'arrénoblastome paraît d'une malignité modérée ; Luzuy relève 4 cas à comportement malin et il faut reconnaître que beaucoup d'observations publiées manquent soit de précision sur le devenir des malades, soit de recul pour se faire une idée précise au sujet de la bénignité ou de la malignité de l'arrénoblastome.

DIAGNOSTIC.

Ce chapitre nous permettra de tirer quelques conclusions de l'étude analytique qui précède. Possède-t-on des critères suffisants pour préciser le type anatomique de la tumeur en cause ?

Au point de vue clinique, il existe un syndrome de la tumeur ovarienne, et nous constatons que la lésion se traduit par des signes tumoraux d'un côté, par des modifications dans la fonction ovarienne de l'autre : or, les réactions de l'ovaire sont souvent identiques, le langage de la perturbation est univoque.

La douleur et l'augmentation de volume de l'abdomen sont des signes de tumeur sans plus.

Il serait séduisant de découvrir dans les troubles du cycle œstral un schéma commode sinon de certitude du moins de probabilité sur la nature de la tumeur. La dysménorrhée est typique de l'endométriose, mais cette dernière est très rare et la dysménorrhée très fréquente dans une atteinte ovarienne quelle qu'elle soit. L'irrégularité des règles est très banale, on ne peut en déduire aucune conclusion. Les métrorragies sont asssez rares mais tous les types de tumeur et en particulier les tumeurs solides, végétantes et endocrines peuvent les provoquer. L'aménorrhée doit retenir beaucoup plus fortement l'attention, elle traduit soit un trouble déficitaire très profond de l'organe, soit une modification endocrinienne nettement caractérisée : c'est certainement le symptôme dont la valeur séméiologique est la plus grande.

Le toucher vaginal combiné permet de dire tout au plus s'il s'agit de kyste ou de tumeur solide, de tumeur unie ou bilatérale, mais il nous renseigne également sur l'état de l'utérus (volume et degré de ramollissement).

Mais ce qui importe au point de vue clinique, ce n'est pas tel ou tel symptôme pris isolément, il existe

une atmosphère où s'intègrent la notion de terrain (âge en particulier), la connaissance des antécédents, surtout des détails de la vie génitale, enfin le contexte clinique (modifications de l'état général, troubles des autres organes etc...). C'est avec cet ensemble que l'on peut espérer arriver à un résultat.

Les données du laboratoire (recherche de folliculine, de lutéine, de prolans dans les urines ou dans le sang) sont incertaines vu l'état embryonnaire de la technique dans le domaine de la pratique. Il n'y a guère que la recherche du prolan A dont la positivité est très en faveur de l'évolution d'un séminome qui offre une valeur assez précise ; en effet, aucune recherche systématique n'a été effectuée. Elles méritent néanmoins une grande place que l'on ne peut encore leur assigner : mise à part la réaction de Brouha qui a une signification précise, les recherches biologiques doivent donner, *a priori*, des renseignements sur les troubles fonctionnels de l'ovaire autrement plus précis que les modifications du cycle œstral.

Dans le même ordre d'idée, la *biopsie de l'endomètre* ouvre de larges horizons, elle peut préciser le type d'imprégnation folliculinique ou lutéinique (notons ici l'intérêt de pratiquer des examens successifs échelonnés sur toute la durée du cycle), elle peut en outre être un adjuvant dans l'étude de la valeur de l'utérus. De sorte qu'avant l'intervention, le diagnostic n'est faisable que dans très peu de cas et lorsque s'établit un concours de circonstances favorables.

1. Il y a des cas ou le diagnostic est possible et facile. — Ils ne sont pas fréquents et il s'agit d'autre part de tumeurs rares.

Une tumeur solide bilatérale des ovaires chez une gastrectomisée ou chez une femme porteur d'un néoplasme digestif en est le type ; ce tableau est en faveur de la tumeur de Krukenberg.

La tumeur ovarienne qui accompagne ou succède à une môle hydatiforme a une signification précise.

Le diagnostic de kyste dermoïde, voire de tératome peut être dans certains cas d'inclusions solides affirmé par la radiographie et encore ! De même un syndrome de masculinisation avec tumeur ovarienne ne laisse pas le clinicien dans une grande indécision.

2. Dans d'autres cas le diagnostic est possible mais difficile, il n'y a que suspicion. Un syndrome de puberté précoce évoque immédiatement l'hypothèse d'une tumeur de la granulosa ; mais ce syndrome se retrouve dans d'autres tumeurs : tératomes ou sarcomes.

Chez la femme jeune, une tumeur solide de l'ovaire à développement rapide avec aménorrhée et atteinte de l'état général, est très vraisemblablement un séminome s'il y a d'autre part une recherche positive de prolan A dans les urines.

Les métrorragies pseudo-menstruelles de la post-ménopause font penser à un folliculome, mais dans une de nos observations il s'agissait tout simplement d'un fibrome.

Nous n'insisterons pas plus longuement sur ces diagnostics d'approximation ou d'exception, nous avons voulu montrer la difficulté d'une telle tache qui laisse dans l'ombre la majorité des tumeurs ovariennes. Mais comme pratiquement, tumeur de l'ovaire = laparotomie, c'est à ventre ouvert, qu'il faut se faire une idée ; l'intervention nous a permis d'établir des cadres : kyste simple, tumeur végétante, tumeur solide encapsulée.

C'est dans ces cadres qu'il faut déduire le diagnostic de la forme par les données de l'âge de la malade, par les renseignements de la clinique et de l'examen macroscopique, par la notion de fréquence enfin qui doit faire pencher vers tel ou tel type de tumeur un diagnostic hésitant. Mais nous sommes à l'heure de l'indication thérapeutique, c'est à ce moment, si le problème de la nature devient insoluble, qu'il faut estimer

le potentiel évolutif de la lésion, en un mot préciser son degré de malignité.

Les éléments de la malignité.

Un seul signe a vraiment une valeur, c'est l'existence d'une généralisation tumorale constatée soit cliniquement ou radiologiquement soit au cours de l'intervention ; elle signe la malignité ; tous les autres éléments ne sont que des signes de suspicion. Nous allons examiner successivement :

La notion d'âge
Les troubles fonctionnels
Les troubles de l'état général
L'aspect évolutif
Les caractères propres de la tumeur
La valeur de l'ascite.

La NOTION D'ÂGE n'a aucune valeur en soi : nous avons vu qu'il y a des tumeurs malignes à tout âge.

Les TROUBLES FONCTIONNELS ne nous paraissent pas devoir être retenus les métrorragies considérées longtemps comme un symptôme suspect ne doivent pas être considérées comme telles ; les kystes les plus bénins (kystes folliculaires) sont fréquemment la cause d'héporragies utérines, néanmoins elles tirent leur valeur comme nous le verrons plus loin du fait qu'elles doivent faire craindre une atteinte utérine concomittante (Benado MAZAL).

Les TROUBLES DE L'ÉTAT GÉNÉRAL sont classiquement de bons signes de malignité : on peut dire qu'ils sont presque toujours présents en cas de tumeur maligne, encore faut-il qu'il s'agisse d'une tumeur suffisamment évoluée, la tumeur maligne de l'ovaire ne paraissant pas troubler l'état général dès le début. Mais leur absence n'est pas constante en cas de tumeur bénigne : de nombreuses tumeurs végétantes dont l'évolution s'est

manifestement révélée bénigne, s'accompagnait d'amaigrissement, d'anorexie, d'asthénie, de température.

La VITESSE D'ÉVOLUTION de la tumeur et de ses symptômes généraux d'accompagnement nous paraît par contre un élément de poids en faveur de la malignité, si cette évolution est rapide.

Mais, c'est muni de ces éléments qu'à ventre ouvert se pose le problème : est-ce bénin, est-ce malin ?

Nous indiquerons plus loin la conduite à tenir ; ici, nous nous contenterons de rechercher quelques éléments communs en appréciant la valeur de L'ASPECT DE LA TUMEUR dans l'estimation de la malignité.

L'aspect kystique correspond à une tumeur bénigne dans la majorité des cas ; cependant la tumeur végétante à végétations intra-kystique garde l'aspect bénin et peut être maligne, d'où la nécessité, avant de refermer le ventre de *couper le kyste* pour en apprécier le contenu séreux, ou muqueux et surtout pour en examiner la paroi et rechercher la présence de végétations.

L'aspect végétant : nous avons vu qu'il n'était pas toujours un signe de malignité et, avec SCHUSTER, nous écrivons volontiers : « La généralisation des tumeurs végétantes des ovaires n'est pas forcément un signe de malignité, et que même les implantations péritonéales ne sont pas non plus un signe de malignité ». L'aspect de l'ascite nous a permis dans ce cadre de séparer deux tumeurs à malignité un peu différente.

L'aspect solide encapsulé, malgré son ablation facile et sa liberté dans le petit bassin doit être plus suspect et en particulier s'il s'agit d'une femme jeune.

L'aspect solide proliférant, adhérent et infiltrant est presque synonyme de malin.

Deux points doivent nous retenir au terme de cette étude, ce sont les questions de bilatéralité et d'ascite.

La BILATÉRALITÉ dans les tumeurs de l'ovaire est-elle un signe de malignité ? à notre avis, cela dépend du type de la tumeur en cause : la bilatéralité, fréquente dans

le kyste mucoïde et presque de règle dans l'endométriose ovarienne, n'est pas ici un signe de malignité. De même les tumeurs végétantes, très fréquemment bilatérales (75 p. 100 des cas) sont moins malignes que les sarcomes ou les embryomes, bilatéraux dans 10 à 25 p. 100 des cas seulement pour DESURMONT.

Par contre, en cas de tumeur solide, la bilatéralité doit presqu'à coup sûr entraîner le diagnostic de malignité.

Quoiqu'il en soit, comme nous le verrons, la bilatéralité entraîne une sanction thérapeutique telle que, en pratique, elle est traitée comme une tumeur maligne.

L'ASCITE a été considérée pendant longtemps comme le maître symptôme de la malignité dans les tumeurs ovariennes. MM. VAYSSIÈRE et CHOSSON ont insisté, au sujet d'un fibrome avec ascite, sur le fait que l'ovaire étant un organe intra-péritonéal, la fréquence d'un épanchement au cours d'une tumeur ovarienne ne doit pas être surprenante. De là, sans entrer dans l'étude pathogénique de l'ascite, il nous semble que l'on doive séparer : l'ascite *de rupture*, rupture d'un kyste mucoïde par exemple qui continue à sécréter dans la cavité péritonéale ;

l'ascite *de sécrétion* d'une tumeur végétante du type kyste proligère glandulaire ou papillaire ;

l'ascite *de réaction péritonéale* en face d'une tumeur ovarienne véritable corps étranger. Il s'agit alors, de tumeurs ovariennes végétantes ou encapsulées mais habituellement solides ou mixtes : l'ascite est dans ce cas bien souvent du type hémorragique.

Le kyste simple est habituellement anascitique.

Ces faits permettent de considérer *au point de vue de sa valeur pronostique, non pas une ascite mais des ascites ;* et surtout *ils orientent vers l'étude de l'ascite associée à tel ou tel type de tumeur et non pas de l'ascite en face de n'importe quelle tumeur de l'ovaire.*

Nous avons vu, en effet, que dans le cas d'une tumeur végétante à végétations intra-kystiques, l'ascite est net-

tement un signe de malignité alors que dans le cas d'un fibrome elle ne modifie en rien la bénignité de la tumeur. De sorte que, l'épanchement ascitique gélatineux du péritoine mis à part, l'ascite ne paraît avoir de valeur qu'en cas de tumeur végétante à végétations intra-kystiques ; dans les autres cas, elle accompagne très souvent une tumeur solide de l'ovaire et elle devient par ce fait même, et par là seulement, un signe de malignité, les tumeurs solides de l'ovaire étant, à quelques exceptions près, des tumeurs malignes.

Enfin l'hypothèse d'une association inflammatoire et tumorale semble pouvoir intervenir dans la genèse de l'ascite dans les tumeurs ovariennes ; l'observation suivante dûe à l'obligeance de notre maître le Professeur agrégé Chosson soulève ce problème délicat :

Observation N° 26 (Prof. Agr. J. Chosson). — Mme J...., 41 ans, vient consulter en mai 1936 pour une augmentation rapide du volume de l'abdomen. Cette malade toujours bien réglée depuis l'âge de 11 ans a dans ses antécédents une phlébite gauche et une pleurite.

A l'examen, on se trouve en présence d'une ascite d'abondance moyenne accompagnée d'une grosse tumeur abdominale médiane et gauche, bilobée paraissant tenir à l'utérus. Le foie paraît normal dans son volume ; pas de signes généraux. A côté d'un œdème léger de la jambe gauche, les signes de compression se traduisent par l'existence de crises de suffocation. Une ponction de 200 cm^3 de liquide ascitique a été pratiquée.

On intervient par laparotomie sous-ombilicale, on recueille 6 à 8 litres d'ascite. L'exploration très prudente du petit bassin empli de bourgeons permet d'isoler un kyste de l'ovaire droit arrondi irrégulier qui s'extériorise facilement mais tient en arrière au ligament infundibulo pelvien et au sigmoïde. L'utérus est petit, dévié à gauche, le Douglas est couvert de bourgeons venant de l'ovaire droit. On enlève d'abord le kyste gauche ainsi qu'un gros paquet bourgeonnant, on termine par une hystérectomie subtotale de droite à gauche. Après grattage de quelques bourgeons adhérents au péritoine du douglas, on péritonise ; fermeture en trois plans.

L'examen histologique de la tumeur n'a pas été pratiqué, mais l'analyse du liquide ascitique révèle : réaction de Ri-

VALTA positive, avec une teneur en albumine de 35 g. par litre.

Au point de vue cytologique :

70 lymphocytes
5 macrophages
25 polynucléaires

de nombreux placards de cellules volumineuses à vacuoles ; présence de sang.

Au point de vue bactériologique :

— méthode de GRAM : pas de germes ;
— méthode de ZIEHL : recherche de bacilles de Koch négative ;
— la culture sur gélose est négative ;
— la culture sur milieu de LOWENSTEIN révèle *la présence de bacilles acido résistants.*

Les autres examens de laboratoire pratiqués chez cette malade n'ont rien montré de particulier ; la formule leucocytaire entre autre est parfaitement normale.

Mme J. est actuellement en bonne santé 8 ans après l'intervention, l'ascite n'a jamais reparu.

Cette observation ouvre des horizons, non seulement sur la pathogénie de l'ascite dans les tumeurs ovariennes, mais encore sur la possibilité d'associations pathologiques au niveau de l'ovaire.

De cette étude se dégage notre impuissance dans l'affirmation d'un diagnostic, même à ventre ouvert, nous en déduirons néanmoins que c'est l'aspect macroscopique qui nous conduit le plus près de la vérité. L'exament à ventre ouvert doit être par conséquent très complet ; pour se faire il nous paraît utile de pratiquer une coupe macroscopique de la lésion enlevée, avant de procéder à la fermeture de la plaie opératoire. Cet examen n'est-il pas le prélude d'une conduite qui entrera peut-être dans le domaine pratique : nous voulons parler de *l'examen histologique extemporané.*

Malgré les défaillances de l'examen histologique en matière de pronostic dans les tumeurs de l'ovaire (15 p. 100 d'erreurs pour les tumeurs végétantes, 64 p. 100 pour les tumeurs solides d'après MATHIEU) et malgré la

nécessité de nombreux prélèvements au niveau de la pièce, ne pourront-on pas appliquer cette méthode quand il s'agit de tumeurs aussi complexes que les tumeurs ovariennes.

TRAITEMENT.

Le traitement est d'un intérêt primordial. En effet, instaurer une nouvelle forme anatomique n'est rien : quelle est la conduite à adopter en présence d'une tumeur de l'ovaire ?

Intervenir quand les conditions anatomiques sont remplies paraît être la conduite suivie par tous ; mais c'est à ventre ouvert que le problème se complique. Tantôt, c'est une femme jeune, parfois même une jeune fille qui présente d'un côté une tumeur souvent d'aspect bénin et dont l'ovaire opposé est le siège de malformations qui ne manquent pas de laisser anxieux sur l'avenir prochain de cet ovaire. Tantôt, c'est la femme en pleine activité génitale qui est opérée à l'occasion d'une torsion ; on découvre, outre la tumeur principale un ovaire dégénéré du côté opposé. Tantôt c'est la femme, à la ménopause avec une tumeur bilatérale chez qui l'aspect de la matrice permet une simple castration bilatérale et qui revient six mois plus tard avec des pertes rouges, alors que sa voisine opérée dans les mêmes conditions, mais hystérectomisée, s'avère parfaitement guérie.

Autant de questions à discuter que nous allons essayer d'exposer à la lumière de nos documents et de ceux de la littérature française et étrangère. Nous envisagerons d'abord, les méthodes thérapeutiques, leurs indications et leurs résultats, pour terminer par une étude synthétique sur la conduite à tenir en pratique.

LES MOYENS THÉRAPEUTIQUES.

On envisagera successivement :

L'Abstention,
La Chirurgie,
La Radiothérapie.

L'abstention.

Avant le perfectionnement des techniques et des moyens opératoires, elle fut, associée à la ponction, la seule thérapeutique possible en face des grosses tumeurs kystiques.

Actuellement, elle est la seule conduite à suivre en face des tumeurs accompagnées de métastases viscérales : hépatiques, etc... Signalons qu'un épanchement pleural ne doit pas être considéré comme un signe de généralisation (syndrome de Meigs et Cass dans le fibrome) la métastase pleuro-pulmonaire pour être affirmée doit être constatée radiologiquement. A part ces cas bien définis de métastases constatées *il n'y a pas de place pour l'abstention opératoire dans les tumeurs de l'ovaire.* L'intervention systématique, même dans les cas très avancés doit être la règle ; de très longues survies voire des guérisons complètes ont été constatées après l'ablation de tumeurs jugées auparavant inopérables. Douay publie à ce sujet en 1932 à la Société de Gynécologie et Obstétrique de Paris, 3 observations significatives ; l'observation de Tixier (Société de Chirurgie de Lyon, 2 avril 1936) que nous avons résumée page 47 en est un exemple ; il en est de même de cette 2e observation du même auteur que nous résumons ici :

Observation de Tixier (Société Nationale de Médecine et des Sciences Médicales de Lyon, séance du 14 décembre 1927, in *Lyon Médical,* CXIV, 1928, page 378). — Mme M..., 53 ans, est vue en mai 1927 pour une ascite abondante masquant une tumeur de l'hypocondre droit ; une intervention exploratrice pratiquée à ce niveau (Docteur Pollosson) n'avait permis de découvrir qu'un nodule blanchâtre sur le péritoine pariétal. L'examen histologique ne permet pas de conclure sur l'origine de la tumeur. Au toucher une masse dans le Douglas fait décider la réintervention (décembre 1927). Des flots de liquide clair s'écoulent, surnagés par des débris dont un est recueilli au passage, il a un aspect troublant de gros grain de raisin blanchâtre ressemblant à un kyste hydatique. Evacuation de l'ascite ; il s'agit

d'une double tumeur papillaire des ovaires dont quelques fragments à l'aspect d'hydatide flottaient dans le liquide ascitique. Ablation par hystérectomie subtotale et non totale en raison de l'ascite ; l'appendice englobé dans la tumeur est enlevé en bloc avec elle.

A l'examen histologique, il s'agit d'une tumeur végétante wolfienne qui paraît d'une malignité réduite.

Neuf ans plus tard la malade allait tout à fait bien, rien ne pouvait faire croire à une récidive quelconque.

L'observation suivante dûe à l'obligeance de Monsieur le Professeur Bourde est une nouvelle illustration de la nécessité opératoire dans les tumeurs ovariennes.

Observation N° 27 (Prof. Bourde). — Mme J...., 52 ans, est en traitement en mai 1940 pour ascite indolore. Une laparotomie exploratrice est décidée (juin 1940). Il s'agit d'un kyste adhérent au péritoine pariétal ; le kyste ponctionné ramène 15 litres de liquide, l'intérieur du kyste est tapissé de végétations : les adhérences empêchent l'extirpation.

La malade est revue en août 1940 par un autre chirurgien : l'abdomen est redevenu volumineux, pas de pertes, pas d'hémorragies. Une nouvelle laparotomie est décidée : ouverture du kyste, issue sous-pression de liquide citrin (12 litres), végétations intra-kystiques. Prélèvement biopsique ; marsupialisation du kyste.

Le laboratoire répond : les parois du kyste ovarien présentent une prolifération considérable envoyant dans tous les sens des prolongements profonds et ramifiés. Il s'agit d'une transformation maligne en épithélioma cylindrique d'un kyste de l'ovaire.

Mme J..... est revue et réopérée le 21-1-42 sous anesthésie péridurale. On tombe dans la cavité vésicale que l'on referme en deux plans. On décortique, sans grandes difficultés deux kystes végétants, l'un droit, l'autre gauche. Une fois ceci terminé on est en présence d'une cavité péritonéale présentant peu d'adhérences et d'une cavité pelvienne glacée par une sorte de péritonite plastique. Exoseptoplix. Mickulicz. A la fin de l'intervention quelques trainées frai de grenouilles sont ôtées à la compresse. Bonnes suites. Nous avons recu cette malade au mois d'octobre en excellente santé et ayant repris du poids.

Ici le manque de recul ne permet pas de préjuger de l'avenir ; mais depuis 8 mois cette malade a repris une vie normale abandonnée depuis 2 ans.

La nécessité d'une grande audace chirurgicale semble devoir être admise ; et, tandis que Tixier écrit « Il faut étendre très loin les indications du traitement radical ; les adhérences intestinales même les plus étendues, sont le plus souvent faciles à détacher, s'il reste des greffes pelviennes ou intestinales on peut les modifier par des applications intra-abdominales de radium », Podewski revient sur ce sujet en 1939 : il a opéré 11 malades sur 16 jugées inopérables, il a deux décès post-opératoires immédiats, une malade reste 4 ans, l'autre 5 ans, sans récidives ; une troisième est revue en bonne santé 1 an et demi après. Benthin après avoir opéré 17 malades et avoir obtenu quelques survies de plus de 4 ans estime que dans ces cas une guérison compte plus qu'un décès.

La chirurgie.

Deux sortes d'interventions s'opposent :

Les interventions conservatrices

Les interventions mutilatrices.

Les méthodes conservatrices.

1. Méthode de nécessité, la **marsupialisation** de la poche kystique (Spencer Wells, Péan, Terrier) ne nous retiendra pas malgré quelques cas de guérison par comblement de la cavité kystique.

2. Le **retournement de la poche kystique,** à la manière de l'hydrocèle, proposé par Duncan dans les kystes folliculaires (kystes à paroi mince) aurait donné à Lessing 11 suppressions des métrorragies et de la dysménorrhée sur 19 cas.

3. L'**énucléation de la tumeur** avec ou sans résection partielle de l'ovaire malade est la plus haute expression de la chirurgie conservatrice. Elle permet, chez une femme déjà ovariectomisée d'un côté de conserver in-

tactes ses fonctions génitales ; mais cette méthode ne peut s'appliquer qu'à une tumeur jugée extemporanément bénigne. D'autre part, il faut que les conditions anatomiques soient requises, c'est-à-dire que la tumeur soit énucléable ou bien nettement localisée en un point de l'ovaire.

Le kyste séreux et le kyste dermoïde peuvent trouver dans cette méthode leur guérison ; pour Mathews et Pothérat en effet, il existe souvent un plan de clivage facile à suivre, le kyste dermoïde refoule et étale sur sa surface l'ovaire où le fragment d'ovaire reconnaissables à leur teinte blanc grisâtre. Sur 18 cas (Le Goff) traités par énucléation ou résection partielle, toutes les femmes ont été réglées ultérieurement, 7 ont eu des grossesses, une a récidivé sur le fragment d'ovaire restant.

4. **L'ovariectomie unilatérale** est la méthode conservatrice la plus habituellement utilisée ; on peut dans certains cas particuliers l'associer à une résection partielle de l'ovaire opposé. Nous n'insisterons pas sur la nécessité de la conservation en chirurgie des ovaires ; avant l'âge de 40 ans cette notion doit peser fortement sur le plateau de la balance thérapeutique ; mais comme d'autre part, il faut tenir compte du résultat curateur définitif, un grave problème se trouve soulevé. Legueu et Labadie écrivaient en 1900 : « à une époque plus ou moins éloignée on peut voir le kyste récidiver, la récidive peut se faire sur l'autre ovaire, ce sont les cas les plus fréquents » ; Silhol, en 1913, pose de nouveau la question et conclut par cette condamnation de l'ovariectomie dans les tumeurs de l'ovaire « Si la chirurgie conservatrice est admissible avec un risque inflammatoire, elle nous paraît impropre avec un risque néoplasique et il nous semble que l'ovaire du côté opposé doit être considéré en chirurgie ovarienne comme l'analogue du premier ganglion à prendre. »

Cette formule qui est la meilleure en présence d'une

tumeur maligne de l'ovaire, ne doit pas cependant avoir une interprétation systématique de la castration bilatérale en face de n'importe quelle tumeur ovarienne. Pour l'appréciation de la conduite à tenir, deux éléments d'estimation entrent en ligne de compte :

la valeur de l'ovaire présumé sain d'une part,
la nature même de la tumeur d'autre part.

La *valeur de l'ovaire présumé sain* est difficile à préciser. Si macroscopiquement, l'ovaire opposé est le siège d'une petite tumeur identique à la principale et reconnue bénigne (kyste dermoïde par exemple), une énucléation, une résection peuvent être indiquées sur l'ovaire opposé, le principe de la conservation est sauvegardé. De même, certaines lésions macroscopiques sur l'ovaire opposé éclairent le problème (piqueté violacé de l'endométriose), ou le résolvent : granulations, proliférations en cas de tumeur végétante de l'ovaire.

Mais bien souvent, l'ovaire adelphe est macroscopiquement sain. Cependant il peut être le siège de lésions histologiques : Cantoni sur 12 cas de tumeur maligne unilatérale de l'ovaire retrouve 4 fois sur l'ovaire opposé, des lésions histologiques. Norris et Murphy estiment que l'ovaire opposé est histologiquement malade dans 22 p. 100 des cas. Ces cas expliquent les récidives après ovariectomie, mais ce potentiel de récidive est difficile à apprécier, témoin les deux observations suivantes :

Observation N° 28 (Prof. Agr. Carcassonne). — M^lle B.., 17 ans, est envoyée vers le diagnostic d'appendicite. On sent cependant à la palpation profonde de la fosse iliaque droite une petite masse ; le toucher rectal ne montre rien. Une laparotomie est pratiquée (mai 1947) par incision pararectale droite ; on découvre un kyste de l'ovaire droit d'allure bénigne : ovariectomie droite ; Fermeture.

La malade revient en janvier 1939 pour augmentation de volume de l'abdomen. L'examen révèle une tumeur de l'ovaire gauche nageant dans de l'ascite. Une intervention chirurgicale est conseillée, la malade est perdue de vue.

Observation N° 29 (Prof. agr. Carcassonne). — Mme C....., 64 ans, présente une petite tumeur de l'ovaire droit. A l'intervention (septembre 1936) petite tumeur libre d'aspect bénin : ovariectomie.

La malade revient en février 1938 pour métrorragies. A l'examen l'utérus est gros, l'ovaire gauche est le siège d'une masse tumorale.

L'intervention est décidée : un peu d'ascite dans le péritoine, cancer végétant de l'ovaire gauche avec tumeur du corps utérin, tentative d'hystérectomie totale qui s'avère impossible. La malade meurt deux mois plus tard.

Dans ces deux cas de récidive après ovariectomie il il s'agissait de tumeur dont l'aspect macroscopique bénin avait indiqué l'ovariectomie même chez une femme de 64 ans.

Les statistiques des auteurs sont variables et dépendent du *type de tumeur en cause*. Dans les tumeurs végétantes à végétations intra kystiques, Vanverts estime à 30 p. 100 les récidives sur l'ovaire opposé. Hébrard se basant sur les observations de la thèse de Mathieu note que sur 8 cas paraissant favorables et justiciables de la castration unilatérale, il y eut trois récidives. Dans les tumeurs épithéliales, Glockner observe des récidives dans 70 p. 100 des cas. Robert, dans 62 cas de tumeurs malignes, a 10 récidives du côté opposé.

Ces faits obligent à être circonspect quant à l'indication de l'ovariectomie : l'aspect de l'ovaire opposé, la notion d'âge, le comportement évolutif bénin ou suspect et l'allure macroscopique de la tumeur en cause sont des éléments à évaluer.

L'ovariectomie sera réservée aux kystes séreux, folliculaire, lutéinique, dermoïde ; dans quelques cas une résection partielle de l'ovaire opposé pourra y être associée. Les kystes mucoïdes, les tumeurs végétantes à végétations intra kystiques pourront bénéficier de la chirurgie conservatrice en présence d'ovaire opposé intact et lorsque tous les éléments de la bénignité seront réunis. Avant la puberté, l'ovariectomie reste le traitement de choix : pas d'hystérectomie chez l'enfant (Poucel).

Ces restrictions apportées à l'ovariectomie unilatérale ouvrent un champ bien vaste à la chirurgie mutilatrice.

Les méthodes mutilatrices.

Deux moyens se présentent :

La castration bilatérale

L'hystérectomie.

1. **La castration bilatérale.** — Pour certains auteurs, la conservation de l'utérus met à l'abri de la ménopause chirurgicale : les règles sont conservées dans de très nombreux cas comme le prouvent les nombreuses statistiques recueillies par Hébrard dans sa thèse.

A notre avis, la question d'une ménopause chirurgicale hypothétiquement moins troublée ne peut entrer en ligne de compte ; l'avantage primordial de la conservation n'étant pas ici assuré, en face d'une tumeur ovarienne qui demande la castration bilatérale, puisqu'il n'y a pas de conservation ovarienne possible, l'hystérectomie parait s'imposer. L'utérus, en effet, a son mot à dire dans les évolutions malheureuses des tumeurs de l'ovaire ; nous allons le voir dans un instant.

2. **L'hystérectomie.** — C'est la méthode de sécurité, mais elle est difficile à préconiser et à défendre chez des femmes encore jeunes, elle est discutée chez des femmes âgées.

Tixier, dans les thèses d'Ali Saadate et d'Hébrard, s'est fait le champion de l'hystérectomie complémentaire systématique dans les tumeurs de l'ovaire.

Si l'on admet que la technique de l'hystérectomie est suffisamment bien réglée à l'heure actuelle pour que les suites ne soient pas plus troublées que dans l'ovariectomie, son indication n'est déduite que de la nature de la tumeur en cause et de l'état de l'utérus. Ces deux points sont suffisamment aléatoires pour rendre difficile l'indication de l'hystérectomie dans les tumeurs de l'ovaire.

Elle s'impose, néanmoins, parfois comme une nécessité opératoire (adhérence de la tumeur à l'utérus) ou pour obtenir un nettoyage satisfaisant du petit bassin, comme s'imposent parfois des interventions plus complexes telles que :

Hystérectomie et résection intestinale
Hystérectomie et résection sigmoïdienne
Hystérectomie et résection gastrique
Hystérectomie et évidemment ganglionnaire du petit bassin.

Les observations N° 1 et N° 2 sont des exemples d'intervention complexe. Dans une observation de J. Dor (Société de Chirurgie de Marseille 1941) l'ablation n'est obtenue qu'au prix d'une résection du colon sigmoïde et du rectum ; la continuité étant rétablie deux mois plus tard. Mais cette complexité opératoire ne doit s'appliquer qu'à des cas précis : nous avons vu, en effet, que de nombreuses tumeurs guérissent parfaitement bien malgré des opérations incomplètes (voir Tumeurs végétantes). Il faut se baser sur la gêne mécanique, sur la limitation et la profondeur des adhérences ; dans l'intention d'être large, il n'est pas toujours indiqué de faire courir à une malade le risque d'une résection intestinale peut-être inutile.

Hormis ces cas imposés par les circonstances opératoires, les indications de l'hystérectomie posent un problème complexe. En effet, nous avons vu la fragilité du syndrome de la malignité dans les tumeurs de l'ovaire. D'autre part nous ignorons l'état de l'utérus et son devenir en face d'une tumeur que nous ne connaissons pas ou très peu.

Trois types de lésion utérine peuvent se trouver associés à la tumeur ovarienne :

— L'hyperplasie de l'endomètre
— Le fibrome utérin
— Le cancer utérin.

L'hyperplasie de l'endomètre ou Métrose hyperplasique (Cornil) trouve son origine des plus fréquentes

dans l'évolution d'une tumeur ovarienne (Imbert, Mosinger, Haïmovici). Le mécanisme invoqué est triple, il est précisé ainsi par Imbert, Mosinger et Haïmovici :

Mécanisme nerveux

Mécanisme hormonal direct : sécrétion de produits œstrogènes par la tumeur elle-même

Mécanisme hypophyso-ovarien, par réactivation ovarienne dûe peut-être à des principes gonadotropes sécrétés par la tumeur agissant sur l'hypophyse qui réagit alors par une hyper-sécrétion de principes gonadotropes. Quoiqu'il en soit, cette hyperplasie muqueuse est fréquente (1/4 des cas de tumeurs de l'ovaire même en dehors de toute métrorragie pour Moulonguet) ; nous avons vu qu'elle était surtout le fait des tumeurs folliculinisantes, mais elle est retrouvée dans bien d'autres types de tumeurs. Cornil et Mosinger insistent sur ce point et établissent 8 variétés de tumeurs susceptibles de s'accompagner de métrose hyperplasique ; ce sont :

les kystes végétants ou non de type germinatif ou pseudo-mucineux

Les kystes folliculaires volumineux

Les folliculomes

Les épithéliomas wollfiens kystiques ou solides

Les fibromes de l'ovaire

Les seminomes

Les sarcomes

Les néoplasmes métastatiques.

Ces faits en ôtant tout pouvoir diagnostic et tout élément d'appréciation sur la nature bénigne ou maligne de la lésion en cause, prouvent néanmoins l'influence indiscutable de la tumeur sur l'utérus ; reste à préciser la valeur de l'hyperplasie de l'endomètre comme état précancéreux.

Cette transformation paraît tout à fait exceptionnelle (R. Meyer, Schröder, Tietze, Moulonguet). Pourtant certains cas sont troublants, telle cette observation de

Hamant, Cornil et Mosinger (Bull. de la Société de Cynécologie et Obstétrique 1929, page 432) que nous résumons succinctement ici :

Il s'agit d'une femme de 57 ans ménopausée depuis trois ans ; depuis trois mois, augmentation de volume de l'abdomen, métrorragies continuelles ; tumeur ovarienne bilatérale ; hystérectomie.

Les ovaires sont le siège de deux tumeurs du volume d'une tête d'enfant qui histologiquement se révèlent être des épithéliomas wolfiens.

Utérus : Hypertrophie muqueuse simple au niveau du corps ; polypes au niveau des cornes et du fond, autour des polypes, hypertrophie à prédominance choriale, tubes gandulaires rares, travées conjonctives fusiformes s'enfonçant entre les faisceaux musculaires pour réaliser un véritable aspect pseudo sarcomateux.

Lucie Gasne sépare l'hyperplasie muqueuse simple de l'endomètre de l'hyperplasie précancéreuse ; le diagnostic clinique en est impossible. D'où l'intérêt d'une *biopsie de l'endomètre* au cours de l'évolution d'une tumeur de l'ovaire, elle pourra permettre dans certains cas à l'histologiste de renseigner le chirurgien sur l'état de l'utérus. Sans entrer dans les détails histologiques, il faut néanmoins rappeler les difficultés techniques de diagnostic des métroses hyperplasiques. « Elles rappellent dans certains cas l'épithélioma utérin au début, et leur diagnostic très délicat constitue parfois un souci réel pour l'histopathologiste » (Cornil).

La pathogénie des fibromyomes utérins est orientée à l'heure actuelle vers une origine ovarienne ; la relative fréquence de l'association tumeur de l'ovaire et fibrome est établie. Tixier et Pollosson, en 1925, insistent sur ce fait chez les femmes âgées. Vanverts rencontre 12 fibromes sur 31 interventions pour tumeurs de l'ovaire ; Hébard retrouve 14 fibromes sur les 119 observations de tumeurs de l'ovaire rapportées par Mathieu dans sa thèse. D'autre part l'association hyperplasie de l'endomètre et fibrome est mise en lumière par Graves qui retrouve 50 p. 100 d'hyperplasie de l'endomètre asso-

ciée à des fibromes ; Novak, de son côté sur 32 utérus à endomètre hyperplasique trouve 23 fibromes. Ces faits établissent une certaine liaison entre tumeurs ovariennes, hyperplasie et fibromes : ils nécessitent une certaine circonspection vis-à-vis de l'utérus ; mais c'est la notion de cancer utérin qui doit être envisagée actuellement.

Nous ne nous attarderons pas à étudier quel peut être le cancer originel utérin ou ovarien, les avis des auteurs sont très partagés à ce sujet :

Pour les uns, Pfannenstiel, Franck, Albertin et Jambon c'est le cancer ovarien qui serait primitif.

Pour les autres Massabuau et Etienne, Novak, le cancer ovarien ne serait que secondaire au cancer utérin ;

Pour d'autres enfin, ces deux tumeurs seraient distinctes et simultanées. Hébrard recueille de nombreuses observations de tumeur ovarienne et cancer utérin associés, et il cite de multiples statistiques qui dans l'ensemble donnent un pourcentage que l'on peut estimer à 12 p. 100 de cancer utérin coexistant ou faisant suite à une tumeur de l'ovaire. Dambrin, Fabre et Tarrène publient récemment une observation où il s'agit manifestement d'une métastase utérine. Les 3 observations suivantes en sont des exemples :

Observation N° 30 (Prof. agr. Chosson). — Mme Ch...., 60 ans, vient consulter pour métrorragies ; réglée à 15 ans cette malade a été ménopausée à 48 ans. Au toucher, le col est mal perçu, à droite, sensation d'un kyste de l'ovaire ; cet examen ne ramène pas de sang. Un curetage biopsique est pratiqué, il s'agit d'un épithélioma du corps utérin.

L'intervention est décidée. L'utérus est peu mobile, l'hystérectomie s'avère difficile, on est obligé de sectionner sur le col. A l'examen macroscopique, l'utérus est petit, atrophique, à droite, l'ovaire est le siège d'un kyste végétant.

L'examen histologique (Drs Antoniotti et Dunan) précise que le corps utérin est le siège d'un épithélioma adénoïde du corps utérin ; au niveau de l'ovaire les fragments examinés sont constitués par des travées compactes de cellules polymorphes tassées les unes contre les autres sans orientation définie. Leur cytoplasme est nettement basophile.

Par places, ces travées sont remplies de cavités à débris nécrosés. Les mitoses et les anomalies nucléaires s'y rencontrent en grande abondance. Il s'agit d'un épithélioma de l'ovaire d'origine wolfienne.

Observation N° 31 (Prof. agr. Carcassonne). — Mme *L*....., 38 ans, est opérée pour un syndrome de torsion de kyste de l'ovaire gauche. A l'ouverture on tombe effectivement sur une tumeur de l'ovaire gauche volumineuse et tordue, mais l'ovaire droit est également le siège d'une tumeur multiloculaire. Ablation des deux tumeurs et on termine par une hytéréctomie totale.

L'utérus suspect est à la coupe le siège d'une petite tumeur du fond; métastase probable (pas d'examen histologique), mickulicz ; radium in situ. Cette malade est revue en 1941 c'est-à-dire 3 ans après en excellente santé ; on ferme une fistule consécutive au mickulicz

Observation N° 32 (Dr Michel) — Mme B....., 62 ans, vient pour métrorragies remontant à quelques mois. Atteinte de l'état général, amaigrissement de 10 à 12 kg. en trois mois. A l'examen, utérus petit, les annexes gauches sont le siège d'une tumeur kystique. Intervention : tumeur kystique de l'ovaire gauche, petit utérus ; hystérectomie totale. A l'ouverture de l'utérus petite tumeur sur la paroie postérolatérale gauche qui s'est révélée à l'histologie être un épitélioma cylindrique du corps utérin. Nous n'avons pu retrouver l'examen microscopique de la tumeur ovarienne.

Plus intéressantes encore au sujet de l'étude qui nous occupe sont les deux observations de Lunchenstein : il s'agissait dans les deux cas de kystes ovariens traités par ovariectomie ; l'auteur observa une dégénérescence ultérieure de l'utérus. Nous voyons qu'habituellement il s'agit de cancer du corps utérin.

Au niveau du col, ces faits sont très rares, Schottlaender et Kermauner, sur 140 cancers du col trouvent 5 cancers de l'ovaire. Mais la notion de néoplasme sur col restant après hystérectomie pour tumeur de l'ovaire pose le problème de l'hystérectomie totale ou subtotale. Tixier est un partisan de l'hystérectomie totale car elle permet l'introduction du tube de radium au contact de la lésion comme nous le verrons plus loin, et qu'elle supprime d'autre part les dangers du cancer sur col

restant. Il faut reconnaître que cette complication est exceptionnelle. Sourd dans sa thèse rapporte deux observations de cancer du col restant après hystérectomie pour fibrome associé à un kyste de l'ovaire. Nous retrouvons deux observations de ce type (hystérectomie pour kyste de l'ovaire et fibrome) dans un mémoire de J. Dor (1932) sur le cancer du col restant. Nous n'avons pas retrouvé d'observations de cancer du col restant après hystérectomie pour tumeur de l'ovaire isolée. Il ne paraît pas d'ailleurs y avoir de rapport entre la lésion responsable de l'hystérectomie et la cancérisation de moignon cervical ; le fibrome et les salpingites qui sont les causes les plus fréquentes d'hystérectomie subtotale ont un pourcentage à peu près identique de dégénérescence du col restant.

Si l'on tient compte « des suites plus simples, plus apyrétiques moins compliquées de l'hystérectomie subtotale » (Lecène), de l'extrême rareté des dégénérescences cancéreuses du col après hystérectomie pour tumeur de l'ovaire, de l'inconvénient d'une totale en cas d'ascite, il semble que dans la majorité des cas on doive se contenter d'une hystérectomie subtotale ; l'hystérectomie totale sera réservée à des cas spéciaux : lésions très suspectes du corps et du col associées à une tumeur ovarienne, ou désir de pratiquer une application de radium *in situ*. Ces éléments prouvent les relations pathologiques qui s'établissent entre utérus et ovaire dans le domaine tumoral, l'observation de Arnaud, Paillas, Dalsace (Société de Chirurgie de Marseille 1941) est une synthèse à cet égard. Il s'agit d'une tumeur de la granulosa qui était accompagnée de myomes utérins sous-muqueux, d'un cancer du corps de l'utérus et d'une métrose hyperplasique.

Il paraît donc que *l'état d'esprit du chirurgien doit être empreint d'une certaine suspicion vis-à-vis de l'utérus lorsqu'il a à extirper une tumeur ovarienne*. Il doit s'entourer dans ce but de certaines garanties : une biopsie de l'endomètre semble être un élément de poids. Cli-

niquement, l'existence de MÉTRORRAGIES paraît être, pour Bénado MAZAL, dans la majorité des cas, révélatrice d'une atteinte utérine associée. VIOLET, sur la seule présence de métrorragies fait une hystérectomie pour une tumeur de l'ovaire uni-latérale ; l'utérus sain à l'examen opératoire était le siège d'un cancer du corps à l'examen histologique. En plus de ses éléments, l'hystérectomie trouve ses indications dans les notions D'ÂGE et dans L'ASPECT DE LA TUMEUR en l'absence de diagnostic précis sur sa nature.

Quand il s'agit de *femmes aux alentours de la ménopause*, et *à plus forte raison ménopausées*, nous nous rangeons de l'avis d'HÉBRARD « il semble inutile de courir les risques d'une récidive ; les principales raisons qui militent en faveur d'un traitement conservateur : possibilité de grossesse et risque de ménopause chirurgicale n'ayant plus aucune valeur, la castration bilatérale avec hystérectomie s'impose donc. »

C'est chez la femme jeune que le problème se complique, ici l'aspect de la tumeur, les éléments cliniques de sa malignité entrent en jeu dans la conduite à tenir. Il nous paraît, d'après l'étude que nous avons faite des formes cliniques, que *même chez la femme jeune en présence d'une tumeur solide, ou d'une tumeur végétante à végétations extra kystiques, avec ou sans épanchements gélatineux du péritoine, l'hystérectomie doit être de règle.*

Dans les cas de tumeurs à végétations intra kystiques il faut être plus éclectique. Sur les 43 observations de tumeurs végétantes à végétations intra kystiques de la thèse de MATHIEU, l'opération conservatrice a été pratiquée 14 fois, il y eut une récidive ovarienne, 2 utérines. Il y eut des cas traités par hystérectomie avec 20 guérisons, 5 récidives, 4 décès post opératoires ou plus lointains ; ces résultats paraissent nettement supérieurs si l'on songe que l'hystérectomie a été pratiquée, évidemment, dans des cas cliniquement et macroscopiquement plus graves.

Il nous paraît indiqué d'admettre encore ici *pour plus de sûreté* le principe de l'hystérectomie dans les tumeurs végétantes à végétations intra kystiques. *Elle doit être considérée comme indispensable dans deux cas :* L'ASCITE et la BILATÉRALITÉ (nous avons vu dans l'étude clinique que l'ascite est un signe de malignité quand il s'agit de tumeur végétante à végétations intra kystiques ; et nous avons noté que toute tumeur bilatérale était une tumeur très suspecte). L'hystérectomie nous paraît cependant *discutable* dans certains cas de tumeurs végétantes à végétations intra kystiques, lorsque la tumeur est libre, les annexes opposées et l'utérus parfaitement sains, lorsque l'opération est précoce et que *la malade se soumettra à un examen médical régulier* après l'intervention.

LES RÉSULTATS DU TRAITEMENT CHIRURGICAL.

Ils sont diffiiciles à apprécier car les malades doivent être surveillées pendant de longues années ; l'apparition tardive de métastases, l'évolution parfois très lente des récidives ont été souvent mises en évidence par les auteurs ; l'observation suivante est un exemple de métastase tardive et lointaine malgré un traitement radical :

OBSERVATION N° 33 (Prof. agr. CARCASSONNE). — Mme S., 43 ans, est vue en juin 1935 pour un syndrome douloureux du petit bassin. A l'examen, grosse tuméfaction des annexes gauches. A l'intervention, il s'agit d'une tumeur de l'ovaire unilatérale développée aux dépens de l'ovaire gauche. Ablation, on termine par une hystérectomie subtotale. (Pas d'examen histologique). Bonnes suites. La malade est revue en septembre 1940 pour un goitre plongeant. Une thyroïdectomie est pratiquée, la pièce à l'examen histologique s'est révélée être une métastase thyroïdienne d'une tumeur ovarienne. La malade est actuellement toujours en bonne santé.

D'autre part les statistiques ne portant pas de détails sur la nature ou l'aspect de la tumeur les facteurs de comparaison manquent. Après cancer rapidement opéré, STOCKEL a 21 p. 100 de malades en bonne santé 5 ans plus tard. Les récidives sont évaluées à:

15 p. 100 pour Tauffer
42 p. 100 pour Pfannenstiel
70 p. 100 pour Glockner, Estor et Puech.

Maker, sur 22 cas de sarcomes a 36,4 p. 100 de survies après trois ans.

Mais les diverses statistiques semblent en faveur du traitement radical.

Pour Stubbler et Brandess :

34,6 p. 100 de guérison par castration unilatérale
29,6 p. 100 de guérison par castration bilatérale
38,5 p. 100 de guérison par intervention radicale.

Pour Glockner :

61,6 p. 100 de guérison par hystérectomie
contre
38,5 p. 100 par castration unilatérale.

Massabuau et Etienne sur 189 cas de cancer primitif de l'ovaire donnent les pourcentages suivants :

13 p. 100 des survies avaient subi la castration unilatérale
25 p. 100 des survies avaient subi la castration bilatérale
27 p. 100 des survies avaient subi une hystérectomie.

Hébrard, sur les 119 observations de la thèse de Mathieu établit la statistique suivante :

50 p. 100 de résultats durables par castration unilatérale
46 p. 100 de résultats durables par castration bilatérale
57 p. 100 de résultats durables par hystérectomie.

Mayer, de son côté, a :

34,6 p. 100 de résultats durables par castration simple.
contre
38,5 p. 100 par hystérectomie.

La Radiothérapie.

Elle utilise les méthodes habituelles c'est-à-dire :
la roentgenthérapie et la téléroentgenthérapie
la curiethérapie et la télé curiethérapie
l'association curie-roetgenthérapie.

Elle peut être employée seule (radiothérapie primitive) ou associée à la chirurgie. Nous ne nous attarderons pas longtemps sur la radiothérapie primitive pour nous attacher à l'étude de la radiothérapie post-opératoire. Nous étudierons successivement :

Les méthodes et leurs applications
La radiothérapie primitive
La radiothérapie post opératoire.

Méthodes et techniques générales.

D'après Mathey-Cornat, elles s'établissent ainsi :

1. **La roentgenthérapie.**

La division en champs d'irradiation (champ antérieur, postérieur, périnéal) est nécessaire pour obtenir une irradiation abdomino-périnéale totale. On utilise une dose de 200 R par séance à raison d'une séance quotidienne pendant 20 jours, ou d'une séance tous les 2 jours.

2. **La téléroentgenthérapie** se fait à une distance de 2 à 3 mètres à la dose de 20 à 30 R par séance ; elle doit être réservée aux métastases et aux localisations multiples et diffuses.

3. **La curiethérapie** est utilisable en cas de résistance primitive et secondaire : 30 à 60 m. c. d. sont introduits dans le vagin ou dans l'utérus pendant une durée de 8 à 12 jours.

Tixier propose la *curiethérapie intra abdominale ;* la thèse de Szilagyi, l'observation de Gosset et Wallon montrent des résultats favorables, nous avons vu que

dans une de nos observations (observation n° 31 p. 111, Prof. agr. Carcassonne) le résultat obtenu fut satisfaisant. La méthode consiste schématiquement en l'introduction dans le pelvis d'un sac de mickulicz, au centre un gros drain en anse sortant par le vagin ; au bout de quelques jours une dose convenable de radium est glissée sous forme de tubes radifères dans l'intérieur du drain laissé à demeure. En tirant par le vagin l'extrémité inférieure du drain, on porte les tubes de radium au contact immédiat des noyaux cancéreux repérés au cours de la laparotomie.

4. **La télécuriethérapie** poursuit le même but que la roentgenthérapie, elle a comme indication majeure la résitance des métastases et des localisations multiples à la roentgenthérapie.

La radiothérapie primitive.

Elle paraît être universellement rejetée car elle ne doit être appliquée que sur une tumeur fermement diagnostiquée. Kraul et Douay admettent cependant que dans certains cas la radiothérapie primitive pourrait rendre opérables des cas très avancés à condition d'utiliser des doses très pénétrantes et massives (15.000 R sous 200.000 Kvolts).

Son application pré-opératoire faciliterait le clivage ultérieur opératoire par la rétraction des zones d'adhérences.

Cependant, il reste une forme de tumeur reconnue comme toujours radiosensible : c'est le séminome ovarien ; dans ce cas la radiothérapie pourrait-elle être, à elle seule, un procédé thérapeutique fidèle et complet ? Nous avons vu que le diagnostic du séminome ovarien était difficile mais possible, la clinique, le laboratoire (recherche du prolan A) le terrain offrent des critères mais ils ne permettent pas d'affirmer à coup sûr le diagnostic. Devant cette difficulté et malgré la formule de Mathey-Cornat : « tumeur de l'ovaire chez une femme

jeune + recherche du prolan A positive = roentgenthérapie », formule qui nous paraît abusive ; nous estimons que le séminome ovarien ne fait pas exception aux règles de la laparotomie exploratrice obligatoire et de la non-irradiation primitive dans les tumeurs de l'ovaire.

La radiothérapie post-opératoire.

L'irradiation à ciel ouvert, en cours d'intervention n'est pas une technique facilement applicable .La radiothérapie appliquée sur une tumeur inextirpée après laparotomie entre dans le cadre de la radiothérapie post-opératoire.

Le traitement radiothérapique ne doit être commencé que 4 semaines après l'acte chirurgical afin d'éviter une désunion des sutures. La paracentèse d'un épanchement péritonéal important est obligatoire, car le liquide fait écran ; une petite quantité par contre joue le rôle heureux de diffuseur. Joly insiste d'autre part sur le danger de cette ponction en cours d'irradiation ou immédiatement après elle, à cause de la possibilité d'accidents graves de toxémie par résorption massive des produits de désintégration.

Les indications et les techniques devraient être déduites de la nature histologique de la tumeur, en réalité ce test, n'est pas d'un grand secours et Joly écrit à ce sujet « Les facteurs de radiosensibilité ne sont pas conditionnés par la nature histologique de la tumeur ; à part les séminomes très radiosensibles, toutes les autres formes sont absolument infidèles, des cas histologiquement identiques réagissent de façon différente. » De sorte qu'il est bien difficile de préciser les indications : on peut admettre, qu'en matière de cancer tout doit être mis en œuvre et imposer la radiothérapie systématique post-opératoire. Mais « primum non nocere », l'irradiation ne serait pas toujours inoffensive. Tixier écrit à ce sujet « elle peut amener parfois une mort ra-

pide avec une chute foudroyante de l'état général et des métastases. Benthin l'interdit comme favorisant les métastases.

En l'absence de critères certains de radiorésistance ou de radiosensibilité, c'est d'une manière subjective (bons ou mauvais résultats personnels obtenus) ou empirique que se poseront les indications. Il semble que l'on puisse adopter la conduite suivante : *on soumettra au traitement radiothérapique toutes les tumeurs jugées fermement comme malignes par l'histologie,* c'est-à-dire les kystes dégénérés, les sarcomes, les épithéliomas massifs, les tératomes solides malins, les tumeurs de Krukenberg. On utilisera l'irradiation quotidienne ou bi-quotidienne (200 à 400 R. par jour). Dans les cas à malignité discutée le problème est plus complexe :

En matière de *tumeur végétante* où l'ablation n'est jamais parfaite (membranes, débris adhérents) l'irradiation paraît être indiquée (Béclère, Haely, Mathey-Cornat) ; une restriction semble devoir être tirée de l'aspect de l'ascite : dans les tumeurs à ascite gélatineuse, l'irradiation est inutile pour Joly, ce sont les seules tumeurs qui soient vraiment qualifiables de radiorésistantes. On peut utiliser la technique suivante (Schuster) : irradiation de l'abdomen en entier avec prédominance dans le pelvis ; 150 à 200 R par jour, 200 kvolts, 4 milliampères ; durée du traitement 10 semaines, dose totale 1000 à 1500 R par champ pelvien.

En matière *de tumeur solide encapsulée,* s'il s'agit de tumeur très radiosensible comme le séminome ou de tumeur dont on ne peut préciser l'évolution comme les tumeurs de la granulosa ou les tumeurs masculinisantes, l'attitude à adopter est différente :

Dans le séminome ovarien, très radiosensible, l'irradiation post-opératoire doit être systématique. Clairefond conseille la technique suivante : roentgenthérapie pénétrante à doses faibles et espacées, voltage 200 à 400 kvolts, intensité 5 milliampères, rayons de courte longueur d'onde filtrés par 1,5 mm. à 2 mm. de cuivre,

1 mm. d'aluminium. Irradiation sur vastes champs de 12 à 16 cm., dose de 120 à 150 R. Durée du traitement 3 semaines. Dose totale 3.500 à 5.000 R.

En cas de radiorésistance, MALLET propose le traitement curiethérapique irradiation des culs-de-sac vaginaux : 10 mg. de r. a. c. filtrés par 2 mm. de platine dans un colpostat en caoutchouc de 8 mm. ; 8 jours d'application.

Au sujet de la radiosensibilité dans les TUMEURS DE LA GRANULOSA les résultats des auteurs sont divergents. Tout récemment, Mac CARTY soulève le problème en publiant une curieuse observation à ce sujet. VARANGOT conclut en ces termes « La radiothérapie profonde sera assosiée au traitement chirurgical toutes les fois que la tumeur aura présenté macroscopiquement des caractères faisant suspecter sa malignité. Elle sera le traitement le plus souvent réservé aux métastases encore que son efficacité ne soit pas constante. La radiosensibilité de ces tumeurs, très remarquable au premier traitement, est souvent éphémère et ne réussit pas toujours à prévenir les récidives ultérieures. Les rayons X ont néanmoins donné une guérison durable certaine de métastases multiples (cas de KLEINE). » MOULONGUET et MALLET proposent pour les folliculomes une irradiation fractionnée : tous les deux jours pendant les deux premières semaines de traitement. Dose totale de 4.500 R par champ, 200 kvolts, 4 milliampères, filtration par 1 mm. de cuivre et 2 mm. l'aluminium. De l'avis général des auteurs la radiorésistance s'installe très vite dans les tumeurs de la granulosa.

L'ARRÉNOBLASTOME est, pour NORRIS, sensible à la radiothérapie mais sa bénignité qui serait habituelle pour la plupart des auteurs, doit faire réserver cette thérapeutique complémentaire aux cas de métastases constatées à l'intervention ou dans les cas de récidives.

Résultats du traitement radiothérapique.

Les résultats sont très irréguliers.

Dans le **séminome**, pour Neumann l'action est décisive. Certains auteurs ont des résultats appréciables, Hoche, Kleine, Rosselet, Murphy obtiennent des survies qui s'échelonnent de 6 à 24 ans. Novak et Gray ont un cas en bonne santé 4 ans après l'intervention malgré la présence d'un nodule pelvien palpable au toucher rectal. La malade de l'observation N° 17 (Professeur Fiolle) qui présentait de fortes adénopathies lomboaortiques a subi deux séances de radiothérapie, elle est actuellement en bonne santé 2 ans après l'intervention. Malgré ces résultats encourageants, la guérison définitive ne peut être envisagée : les récidives, les métastases deviennent plus ou moins rapidement l'objet d'une radiorésistance progressive.

Dans les **autres formes de tumeur ovarienne**, la radiosensibilité est absolument variable :

Les tumeurs wolfiennes seraient relativement sensibles (Mallet) ; Joly dans un cas obtient une régression locale complète, d'autres cas par contre se sont montrés résistants. Le même auteur, dans des tumeurs identiques au point de vue histologique, obtient des résultats différents ; il estime qu'empiriquement les formes ascitiques réagiraient mieux que les formes anascitiques.

Nous avons vu ce qu'il fallait penser de la radiothérapie dans les tumeurs de la granulosa : radiosensibilité certaine mais éphémère.

Dans l'ensemble, Mathey-Cornat estime que la radiothérapie combinée à la chirurgie donne des résultats supérieurs à la chirurgie seule. Schoffer, sur 20 opérés soumis à la roentgenthérapie systématique a 50 p. 100 d'absence de récidive locale. Wintz associe la radiothérapie à la simple laparotomie avec 33,3 p. 100 de survies après 5 ans ; associée à l'opération partielle il

obtient 25 p. 100 de survie après 5 ans ; le pourcentage s'élève à 75 p. 100 de survies après 5 ans, lorsque la radiothérapie est associée à l'intervention radicale.

Au terme de cette étude thérapeutique, une revue synthétique sera le meilleur résumé comme la plus claire conclusion thérapeutique.

CONDUITE THÉRAPEUTIQUE.

Après avoir insisté sur la nécessité de l'intervention dans les tumeurs de l'ovaire, nous avons vu les méthodes thérapeutiques, leurs indications et leurs résultats. Nous nous sommes attachés à établir la valeur des divers types d'intervention chirurgicale et à préciser l'appoint apporté à la radiothérapie.

A la lumière de nos connaissances sur le diagnostic et sur la malignité des tumeurs ovariennes et en tenant compte de la valeur des méthodes envisagées plus haut, il nous faut faire une synthèse sur la conduite thérapeutique à adopter au cours de l'intervention et après celle-ci, lorsque l'histologie sera venue confirmer ou donner un diagnostic. Nous envisagerons donc la conduite à tenir en face :

d'un kyste de l'ovaire
d'une tumeur végétante
d'une tumeur solide.

1. Les kystes de l'ovaire.

Les états dystrophiques : kystes lutéiniques ou folliculaires ne nous retiendront pas ; dans les **kystes folliculaires** diagnostiqués l'épreuve du traitement médical est à tenter. On a tour à tour utilisé : les extraits de corps jaune, les hormones gonadotropes, l'extrait d'hypophyse antérieure, l'insuline (Vogt, Cotte, Chomé). Buttner propose des transfusions faites avec du sang de femmes enceintes. L'acide ascorbique a été égale-

ment préconisé. Chomé insiste sur l'importance d'un traitement d'épreuve antispécifique. Dans les environs de la ménopause, la stérilisation par application de rayons X ou de radium intra-utérin peut donner des guérisons définitives. Si le diagnostic n'est fait qu'à ventre ouvert de même que s'il y a échec du traitement médical, c'est à l'ovariectomie voire à l'énucléation ou au retournement de la poche kystique qu'il faut alors recourir. L'écrasement du kyste au cours du toucher, méthode aveugle est à peu près unanimement rejeté.

Dans les **kystes lutéiniques,** la conduite est identique : hormonothérapie d'abord par injection de folliculine, d'hormones gonadotropes, d'hormones mâles. « Seul l'échec de cette thérapeutique doit conduire, si les troubles en valent la peine, à l'opération qui sera toujours le plus conservatrice possible » (Figarella).

Les **kystes séreux** sont justiciables d'une chirurgie conservatrice à outrance : énucléation ou ovariectomie si le kyste est unilatéral ; ovariectomie d'un côté avec énucléation ou résection partielle de l'ovaire opposé si possible en cas de bilatéralité et, à moins d'obligation technique la castration bilatérale ne sera indiquée qu'aux alentours de la ménopause.

Les **kystes dermoïdes** seront l'objet de la même conduite thérapeutique conservatrice ; en cas de dégénérescence maligne l'hystérectomie s'impose. Les malades sont alors justiciables d'un traitement radiothérapique ou curiethérapique.

Dans le traitement des **kystes mucoïdes,** Kahr conseille, vue la fréquence des phénomènes de dégénérescence (40 à 45 p. 100 des cas) la conduite suivante : ovariectomie unilatérale en présence d'un kyste unilatéral, ovariectomie bilatérale après l'âge de 40 ans, l'hystérectomie est à préconiser en cas d'adhérences péritonéales. La marche à suivre, ici doit être très souple ; il faut se baser sur la durée d'évolution préopératoire, sur l'âge de la malade, sur les modifications de l'état général, l'examen consciencieux de la tumeur kystique

et de l'ovaire opposé apporteront des éléments précieux pour la conduite opératoire. Dans l'ensemble, ici, *la chirurgie doit être conservatrice dans la majorité des cas.*

Les **kystes de l'endométriose ovarienne** posent un proproblème thérapeutique délicat, les auteurs ne sont pas d'accord sur la conduite à adopter. Deux cas sont à envisager :

a) Le diagnostic est assuré par la clinique ou l'examen macroscopique (Il nous paraît judicieux ici, si l'on soupçonne l'endométriose de faire un examen extemporané, facile dans ce cas par simple frottis). Pour Brocq et Palmer il faut en enlever le plus possible et faire de la radiothérapie. Pour Cotte et Mathieu la roentgenthérapie « permet d'être conservateur » ; ils envisagent ainsi la conduite à adopter : endométriose unilatérale : castration unilatérale ; endométriose bilatérale : castration bilatérale ; dans les endométrioses diffuses, Dougal propose l'hystérectomie systématique, Cotte et Mathieu se contentent de l'ovariectomie bilatérale avec exérèse même incomplète des lésions péritonéales. 7 fois Cotte et Mathieu furent conservateurs, ils eurent 5 fois de bons résultats avec deux grossesses, deux fois il y eut récidive guérie par hystérectomie. Moulonguet conseille un traitement mixte médical et radiothérapique après une laparotomie de diagnostic : injections de Testostérone 10 mg. par jour pendant le premier mois, 10 mg. tous les deux jours pendant le deuxième mois, associées à la téléoentgenthérapie : distance 1 m. 20, 14 séances de 100 R., filtres 0,5 mm. de cuivre et 2 mm. d'aluminium, 275 kvolts, 3 mmampères.

b) Si le diagnostic n'est pas fait, l'allure extensive des lésions, la bilatéralité fréquente, parfois simple piqueté suspect sur l'ovaire adelphe entraînera souvent soit une castration bilatérale, soit une hystérectomie.

2. Les tumeurs végétantes.

Nous avons vu dans les pages précédentes ce qu'il fallait en penser.

Dans les tumeurs végétantes, à végétations intrakystiques, l'hystérectomie reste le traitement de choix : elle est indispensable en cas d'ascite ou de bilatéralité ; on peut la discuter sur des cas d'espèce : jeunesse de la malade, opération précoce, tumeur très libre, ovaire opposé et utérus parfaitement sain.

Dans les tumeurs végétantes à végétations extrakystiques, avec ou sans épanchement gélatineux du péritoine, l'hystérectomie doit être la règle ; l'irradiation inutile en cas d'épanchement gélatineux peut être indiquée dans les autres cas.

3. Les tumeurs solides encapsulées.

Le problème est très complexe car le diagnostic est difficile à affirmer au moment de l'intervention : une conduite de prudence sera à envisager. Deux cas se présentent suivant que le diagnostic est ou non affirmé :

a) Le diagnostic est affirmé.

En cas de **fibrome ovarien,** de **goitre ovarien** ou de **tumeur de Brenner,** il faut se contenter d'une ovariectomie.

En présence d'un **séminome,** nous avons vu que la formule de Mathey-Cornat est abusive. Pour Novak et Gray, le séminome unilatéral à capsule rigoureusement intacte, sans traces d'infiltration, sans métastases peut être traité par l'ovariectomie unilatérale ; dans tous les autres cas, ils conseillent la castration bilatérale avec hystérectomie. L'extirpation des ganglions lombo-aortiques est inutile. Ce traitement chirurgical n'a pas donné de survie de plus de 2 ans (Aguinaga). Il faut y adjoindre un traitement radiothérapique.

Varangot reflétant l'opinion générale des auteurs envisage ainsi le traitement du **folliculome** : « la simple ovariectomie suffit dans beaucoup de cas ; L'hystérectomie n'est justifiée que lorsque pour des raisons techniques, elle facilite l'ablation complète d'une tumeur volumineuse et adhérente aux organes voisins. » Kahr conseille l'hystérectomie en cas de folliculome chez la femme ménopausée. Nous avons vu que la radiothérapie a quelques succès à son actif.

Les auteurs conseillent unanimement l'ovariectomie simple, la radiothérapie n'étant utilisée qu'en présence dûment constatée de métastase.

En présence d'une **tumeur de Krukenberg,** quand les conditions techniques sont requises, toutes les audaces chirurgicales sont défendables. Amreich obtient une guérison définitive après résection intestinale et hystérectomie totale en deux temps. A ce sujet, il faut noter que la métastase digestive d'une tumeur ovarienne serait moins maligne que la tumeur de Krukenberg proprement dite (Guibal, Louyot, Beau). Le traitement radiothérapique doit être appliqué bien qu'il ne soit que palliatif.

L'épithélioma primitif, les **tératomes,** les **sarcomes** ne sont justiciables que de l'hystérectomie avec radiothérapie.

b) Dans le cas où le diagnostic de la forme anatomique n'a pas pu être affirmé, *en présence d'une tumeur solide même encapsulée, l'hystérectomie doit être la règle chez la femme jeune comme chez la femme âgée,* car il s'agira alors le plus souvent d'une tumeur maligne de l'ovaire.

CONCLUSIONS

1. Les classifications anatomo-pathologiques des tumeurs ovariennes ont apporté des éléments d'identification du plus haut intérêt histologique et, certes, les caractères microscopiques dominent toute la question. Mais pour le chirurgien qui se trouve en présence d'une tumeur uni ou bilatérale des ovaires le problème diagnostic et thérapeutique reste complexe. Les examens extemporanés sont difficiles à pratiquer dans l'état actuel de la technique et le chirurgien doit se contenter pour poser l'indication thérapeutique, des caractères cliniques et morphologiques macroscopiques.

2. La clinique reste désarmée dans l'immense majorité des cas lorsqu'il s'agit de préciser un diagnostic de forme anatomique, cependant avec l'aide des constatations opératoires, elle permet d'établir des cadres :

Tumeur liquide ou kyste

séreux
dermoïde
mucoïde
kyste de l'endométriose ovarienne

Tumeur végétante

à végétations intra-kystiques
à végétations extra-kystiques
avec épanchement gélatineux du péritoine
avec ou sans ascite

Tumeur solide encapsulée

a) Forme commune : épithélioma massif de l'ovaire

b) Forme la plus habituelle de la femme jeune
Séminome
Tératome
Sarcome

c) Forme la plus habituelle de la femme âgée
Fibrome
Tumeur de Brenner
Tumeur de Krukenberg

Tumeur endocrine

a) Folliculinisante
kyste folliculaire
Tumeur de la granulosa
Tumeur de la thèque interne

b) Lutéinisante
kyste lutéinique
Lutéome ou Lutéinome

c) Masculinisante
Hypernéphrome
Arrénoblastome.

Dans ces cadres on peut approcher sinon le diagnostic du moins le pronostic, car les symptômes classiquement malins n'ont de valeur que dans tel ou tel de ces cadres.

3. A chacune de ces tumeurs correspond une indication opératoire particulière.

En général, nécessité d'apprécier à ventre ouvert, outre la lésion, l'état de l'utérus et de l'ovaire opposé.

En présence d'une tumeur libre et en particulier d'un kyste il faut ouvrir la pièce après son ablation avant de refermer la paroi ; on s'assurera ainsi de l'aspect intérieur de la lésion (présence de végétations intra-kystiques).

En présence d'une tumeur végétante, il faut enlever la tumeur et nettoyer le petit bassin le plus parfaitement possible ; on assistera parfois à des survies très

longues voire même à des guérisons ; la radiothérapie pénétrante pouvant être dans certains cas un excellent adjuvant.

En cas de tumeur solide même encapsulée, il faut, chez la femme jeune comme chez la femme âgée, faire une hystérectomie quand on n'a pas la certitude histologique d'une tumeur bénigne ; les tumeurs solides, chez la femme jeune sont, en effet, malignes dans majorité des cas.

Lu et approuvé :
Marseille, le 30 Novembre 1942.
Le Président de Thèse,
Signé : Prof. E. VAYSSIÈRE.

Vu et approuvé :
Marseille, le 10 Décembre 1942.
Le Doyen,
Signé : Lucien CORNIL.

Vu et permis d'imprimer :
Aix, le 14 Décembre 1942.
Le Recteur,
Signé : P. MARTINO.

BIBLIOGRAPHIE.

Sous le nom de généralités nous donnerons les références d'intérêt général : clinique, pronostic et thérapeutique ainsi que les travaux d'ensemble que nous avons consultés.

La bibliographie des formes anatomo-cliniques sera classée et arrêtée dans son ensemble vers 1937 : la thèse de Mathieu (Lyon 1937, N° 66) donnant un riche relevé des travaux antérieurs. Néanmoins, dans chaque groupe, une astérisque signalera les travaux possédant une recherche bibliographique antérieure.

Généralités.

Adrian. — Etude casuistique et statistique des tumeurs de l'ovaire. *Th. Strasbourg,* 1935.

Aimé. — Diagnostic radiologique des kystes dermoïdes de l'ovaire. *Journ. de Radiol. et d'Elect. Radiol. de Paris,* 1925, **9**.

Ali Saadate. — Essai de classification des tumeurs de l'ovaire. *Th. Lyon,* 1935.

Aussilloux. — Les métrorragies post-ménopausiques d'origine extra-utérine. *Th. Montpellier,* 1937, N° 64.

Barzilai. — Les tumeurs de l'ovaire. *Tumori,* (Milan) *Fasc.* 2, 1938.

Beclère. — Etiologie et pathogénie des hémorragies utérines d'origine ovariennes. *Soc. Gyn. et Obst. Paris,* 1937, p. 759 et N° 2, 1938.

Bergstraud. — Tumeur de l'ovaire avec action sécrétoire interne. *Nordisk Medicine,* N° 7, 18 février 1939.

Bernstein. — Torsion du pédicule dans les tumeurs de l'ovaire. *Arch. of Surgery,* N° 4, octobre 1937.

Bernstein. — Tumeurs ovariennes et diagnostic de l'appendicite aiguë. *Arch. of Surgery,* N° 5, novembre 1938.

Bjorkenheim. — Un cas de tumeur maligne de l'ovaire chez une fillette de six ans. *Acta Obst. et Gyn. Scandinavica,* N° 1, 1936.

* Burou. — Les hyperplasies de l'endomètre. *Th. Alger,* 1398.

Burthiault. — Radiodiagnostic des kystes dermoïdes de l'ovaire. *Th. Lyon,* 1937, N° 120.

Cantoni. — Sur l'état de l'ovaire apparemment sain en présence d'une tumeur de l'ovaire du côté opposé. *Journ. de Chir.,* 1920, **17**.

Carrier et Gineste. — Les hyperovaries. *Gazette des Hôpitaux,* N° 53, 1941.

Chavannaz — Diagnostic de l'ascite. *Soc. Franç. de Gyn.*, 11-12 mars 1939.

Cornil. — Epithélioma wolfien bilatéral avec endométriose tubaire et hypertrophie de la muqueuse utérine. *Bull. Soc. de Gyn. et Obst.*, mars 1929.

Cornil et Fiolle. — Les formations ovariennes para-utérines hyperplasiques consécutives à la castration totale. Etude anatomique, pathogénique et clinique. *Presse Médicale*, N° 73, 1931, p. 1445.

Cornil et Mosinger. — Classification anatomique des métroses hyperplasiques. *Soc. Anat. de Paris*, mai 1933.

Cornil et Mosinger. — Essai sur la délimitation anatomique du cadre des métroses hyperplasiques. *Marseille Médical*, 5 juillet 1933.

Cornil et Mosinger. — Les modifications expérimentales de l'ovaire consécutives à l'hystérectomie. *Soc. de Médecine de Marseille*, 26 février 1936.

Cortial. — Résultats des salpingographies au lipiodol. *Th. Paris*, 1939.

Cotte et Magnin. — Diagnostic entre kyste de l'ovaire et ascite. *Lyon Médical*, N° 26, juin 1938.

Dambrin, Favre, Tarrene. — Cancer simultané de l'ovaire et de l'utérus avec fibrome utérin. *Soc. de Gyn. et Obst. de Paris*, 5 décembre 1938.

Daniel Carenizolescu. — Les tumeurs malignes. *Gyn. et Obst.*, (Bucarest), 1937, N° 3 et 4.

Davidson. — Séro-diagnostic des tumeurs malignes. *Amer. Journ. of Clin. Pat.*, mars 1936.

Delannoy et Demarez. — Tumeurs de l'appareil génital interne chez la fillette impubère. *VIII^e Congrès Français de Gyn.*, (Lille 27 mai 1939).

Dockerty et Mac Carty. — Classification des tumeurs de l'ovaire. *Amer. Journ. of Path.*, 1940, **16**, 641.

Dor. — Le cancer du col restant. (*Edition du Marseille Médical*).

Fauvet. — Le gros ovaire. *Arch. für Gyn.*, (Berlin), 24 février 1938.

Fenton. — Néoplasme de l'ovaire. *West Virginia Med. Journ.*, mai 1937.

Figarella. — Les tumeurs malignes de l'ovaire. *Arch. de Méd. col. de Marseille*, 1934.

Galindez. — Sur une erreur de diagnostic dans un kyste de l'ovaire. *Soc. de Gyn. et Obst. de Cordoba.*, août 1936, **1**.

Gasne. — Etats précancéreux de la muqueuse du corps utérin. *Th. Paris*, 1932.

Geist, Gaines, Pollak. — Tumeur biologiquement active chez la souris. *Amer. Journ. Gyn. and Obst.*, N° 5, 1939.

Glass, Rosenthal. — Etude des kystes dermoïdes avec une suggestion relative à l'emploi des rayons X dans le diagnostic. *Amer. Journ. Gyn. and Obst.*, 5 mai 1937.

Hamant, Cornil et Mosinger. — Epithélioma wollfien des deux ovaires, hyperplasie polypeuse et kystique de la muqueuse utérine avec réaction pseudo sarcomateuse du chorion *Bull. Soc. de Gyn. et Obst.*, Paris 1929.

Harris et Groper. — Hemorragie intra-péritonéale provenant de kystes ovariens rompus. *Surgery. Gyn. and Obst.*, N° 4, avril 1939.

Heyne. — Dosage de la folliculine dans quelques cas de kystes de l'ovaire. *Bruxelles Médical*, 1938, N° 28.

Hoarau. — Les grandes ascites des tumeurs bénignes de l'ovaire et du parovaire. *Th. Montpellier*, 1937, N° 79.

* Imbert, Mosinger, Haimovici — Métrorragies ménopausiques et post-ménopausiques, 1936, (Baillère et Fils Edit.).

Isidor. — Tumeurs complexes de l'appareil génital féminin. *La Gynécologie*, novembre 1936.

Joly. — Considérations sur le traitement roentgenthérapique des tumeurs malignes de l'ovaire. *Bull. Soc. Gyn. et Osbt.*, Paris, N° 2, février 1934, p. 128.

Katz. — Relations endocriniennes entre tumeurs de l'ovaire et prolan. *Zentr. für Chir.*, N° 13, janvier 1939.

Kleine H. O. — Un aspect non encore décrit de tumeur de l'ovaire. *Zentr. für Gyn.* N° 9, 27 février 1939.

Klenitzky. — Observation sur la transformation de l'ovaire chez la femme portant un fibrome utérin. *Zentr. für Gyn.*, N° 1, 4 février 1941.

Konuralf. — Tumeur de l'ovaire. *Bull. de la Soc. turque de Médecine*, N° 10, octobre 1939.

Kuss. — Tumeurs wollfiennes de l'ovaire. *Acad. de Chir.*, 21 juin 1939.

Lacerda et Filho. — Sur un cas de cancer primitif de l'ovaire droit. *Rev. de Gyn. y Obst.*, (Rio de Janeiro), N° 5, novembre 1937.

Laffont. — Les douleurs extra-pelviennes dans les affections gynécologiques. *Progrès Médical*, N° 34-35, 1937, p. 1214.

Laffont, Burou. — Kyste de l'ovaire praevia : radiodiagnostic. *Soc. Franç. de Gyn. et Obst.*, 3 juin 1940.

Laffont, Petit. — Tumeurs des annexes (*in Encyclopédie Médico-chirurgicale*).

Lecène et Moulonguet. — Diagnostics anatomo-cliniques.

Lecène, Prat, Vaux. — Contenu hormonal des tumeurs de l'ovaire. *Lancet*, (London), 29 janvier 1938.

Leroux, Leuret, Weinroth. — Etude morphologique des épithéliomas de l'ovaire. *Bull. de l'Assoc. Franç. pour l'Etude du Cancer*, 1935, **24**, 481.

Leuret. — Tumeurs épithéliales primitives. *Th. Paris*, 1937, N° 627.

Lynch. — Revue clinique sur 110 cas de carcinomes de l'ovaire. *Amer. Journ. Gyn. and Obst.*, novembre 1936.

MATHEY-CORNAT. — Radiothérapie en Gynécologie, (Masson et Cie).

* MATHIEU. — Tumeurs malignes de l'ovaire épithéliales et primitives. *Th. Lyon,* 1937, N° 66.

MATHIEU. — Etat actuel du pronostic des tumeurs épithéliales et primitives de l'ovaire. *La Gynécologie,* février 1939.

MOCQUOT. — Aperçu clinique sur les tumeurs malignes primitives de l'ovaire. *Bulletin Médical,* 1937, **51**, 103.

*MORA (de). — Les tumeurs solides de l'ovaire. *Th. Paris,* 1930.

MOULONGUET et LEVEUF. — Un cas de métrorragies séniles dûes à une tumeur de l'ovaire. *Mém. de l'Acad. de Chir.,* 28 octobre 1936.

NGUYEN-NHU-GIN. — Tumeurs de l'ovaire au Tonkin. *Th. Hanoï,* 1939, N° 87.

NOEL. — Embryologie de l'appareil génital féminin. *VIII^e Congrès Français de Gyn.,* (Lille 27 mai 1939).

NOKAK. — Funktionstumoren der ovars. *Geburtschiffe und Frauenheilkunde,* 1941, **3**, N° 1.

NOVAK, GRAY. — Clinical and pathologic differenciation of certain special tumors. *Amer. Journ. Gyn. and Obst.,* 1936, **31**, 213.

PAYRE-VIGNES. — Ménométrorragies d'origine ovarienne. *Th. Montpellier,* 1939, N° 54.

PEYRON et MONTPELLIER. — Considérations sur l'organogénèse générale et les umeurs de l'ovaire. (*in Encyclopédie Médico-Chirurgicale*).

PICARD et OLRY. — Métrorragies et tumeurs de l'ovaire après la ménopause. *Soc. Franç. de Gyn.,* 5 décembre 1937.

POUCEL. — Trois observations de tumeurs de l'ovaire chez l'enfant. *Sud. Méd. et Chir.,* (Marseille) 15 mars 1939.

* POUCEL. — Tumeurs de l'ovaire chez l'enfant. *Th. Marseille,* 1940.

POZZI. — Tumeurs de l'ovaire. (*in Traité de Gynécologie*).

RICHE et AUSSILLOUX. — Difficultés du diagnostic dans les kystes de l'ovaire. *Soc. de Gyn. et Obst.,* Paris, 3 juin 1938.

RIVOIRE. — Acquisitions nouvelles en Endocrinologie.

SCHILLER W. — Concepts of a new classification of ovarian tumors. *Surgery. Gyn. and Obst.,* 1940, N° 4, p. 773.

SCHMEISSER. — Ganglioneurone de l'ovaire. *Journ. of the Amer. Med. Assoc.,* N° 22, avril 1938.

SCHMIDT. — Valeur de la ponction du douglas dans le diagnostic des tumeurs de l'ovaire. *Zentr. für Gyn.,* N° 42. 15 octobre 1938.

SILHOL et BOURDE. — Les kystes wollfiens. *Archives franco-belges de Chir.,* 1934.

TALAIRACH. — Troubles mentaux et fonctions ovariennes. *Th. Paris.* 1941.

Tedesco. — Kyste de l'ovaire insoupçonné diagnostiqué radiologiquement. *Soc. d'électro-radiologie médicale de France*, 10 mai 1938.
Tesauro. — Coexistence de tumeurs distinctes de l'ovaire et de l'utérus. *Les néoplasmes*, 7-332-1923.
Violet. — Cancer du corps utérin et tumeurs ovariennes concomittantes. *Lyon Médical*, N° 1, 1938.
Wallart. — Sur une classification des tumeurs solides de l'ovaire. *Gyn. et Obst.*, 1941, **41**, 358.
Wilson. — Diagnostic des grands kystes de l'ovaire. *The British Med. Journ.*, N° 4061, 5 novembre 1938.
Wolff, Netto. — Tumeur ovarienne d'origine dysontogénique sans activité endocrinienne. *Rev. de Gyn. y Obst. de Sao-Paulo*, novembre 1938.
Zeldenrust. — Tumeurs de l'ovaire. *Ned. Tidj. woor Gen.*, N° 20, 17 mai 1941.
Zemkova. — Erreurs de diagnostic des kystes de l'ovaire. *Vest. Chir. imenii Grekova.*, (Leningrad), N° 5, 1938.

Kystes de l'ovaire.

Avancini Ottorino. — Kysto do ovario. *Revista de Gin. et Obst.*, N° 7, juillet 1936.
Berger, Walzel, Beitzque. — Kyste pseudomucineux multiloculaire de l'ovaire. *Wiener Klinische Woschencrift*, N° 12, 1938.
Bittman. — Le mucicystome de l'ovaire accompagnée d'une myxo-globulose de l'appendice. *Arch. für Klin. Chir.*, (Berlin) Fasc. 2 et 4, 18 janvier 1939.
Bohnen Paul. — Ein Fall von Riesenovarial kystom. *Zentr. für Gyn.*, N° 62, 1938, p. 2522.
Breipohl. — Dégénérescence carcinomateuse des tumeurs dermoïdes. *Zentr. für Gyn.*, 10 avril 1937.
Chatillon. — Rupture d'un kyste de l'ovaire volumineux. *Helvetica Medica Acta*, N° 1, janvier 1939.
Defer. — Kyste de l'ovaire à pédicule tordu. *Zentr. für Gyn.*, N° 22, 3 juin 1939.
Delannoy et Demarez. — Kyste de l'ovaire spontanément guéri. *Bull. Soc. de Gyn. et Obst.*, Paris, 1937, p. 658.
Delannoy et Demarez. — Ascite par perforation d'un kyste de l'ovaire. *Bull. Soc. de Gyn. et Obst.*, Paris, 1937, p. 160.
Draganic. — Un kyste volumineux de l'ovaire sans autre partie tératosique. *Zentr. für Gyn.*, N° 15, avril 1939, p. 827.
Etienne, Passebois, Bigonnet. — Kyste de l'ovaire tordu chez une fillette de 14 ans. *Arch. de la Soc. des Sciences Med. de Montpellier*, N° 8, août 1939.
Gay. — Grands kystes géants de l'ovaire. *Th. Bordeaux*, 1939, N° 70.

Gerlach. — Volumineux kyste de l'ovaire chez la nouveau-née. *Zentr. für Gyn.*, 1938, N° 19.

Guillemin, Weber. — Volumineux kyste de l'ovaire à développement rapide. *Soc. de Gyn. et Obst. de Paris*, 17 février 1939.

Gullota. — Kyste de l'ovaire tordu chez l'enfant. *La Medicina Italiana*. N° 20, octobre 1936.

Jair. — Cisto do ovario com pediculo torcido em crinaca. *Arqu. Bras. de Cir. et Ortop.* Fasc. 4, juin 1938.

James. — Rupture d'un kyste dermoïde de l'ovaire. *The British Med. Journ.*, N° 4039, 4 juin 1938.

Jourdat. — Sphacèle d'un kyste de l'ovaire sans torsion du pédicule. *Picardie Médicale*, février 1937.

Laffont et Burou. — Kyste du parovaire tordu et enclavé dans le douglas. *Soc. Franç. de Gyn. et Obst.*, 3 juin 1940.

Lambescu. — Ponction par voie vaginale d'un kyste de l'ovaire à pédicule tordu. *Misc. Med. Romana, (Craïova)*, N° 11 et 12, 1938.

Lefort. — Rupture spontanée d'un kyste de l'ovaire. *Bull. de la Soc. de Gyn. et Obst. de Paris*, 1937, p. 674.

* Le Goff. — Kystes dermoïdes bilatéraux des ovaires. *Th. Bordeaux*, N° 84, 1934.

Manan Diago. — Kyste de l'ovaire à évolution rapide chez une accouchée récente. *Rev. de Med. et Cir. de Habana*, N° 5, 31 mai 1939.

Marcy. — Kyste suppuré de l'ovaire. *Th. Paris*, 1938.

Massabuau, Guibal, Joyeux. — Kyste de l'ovaire. Kyste du mésentère. *Arch. Soc. des Sc. Méd. de Montpellier*, Fasc. 8, 1938.

Massabuau, Guibal, Joyeux. — 2 cas de rupture silencieuse de kyste de l'ovaire. *Soc. de Gyn. et Obst.*, Paris, 4 avril 1938.

Masson. — Présence de cellules argentaffines dans les kystes pseudo-mucineux de l'ovaire. *Union Med. du Canada*. N° 1, 1938.

* Mavrier. — Etude des embryomes kystiques de l'ovaire. *Th. Toulouse*, 1937, N° 32.

Mazzola-Ryan. — Dermoïd cyste of ovary in a child five years old, with comments on value of X Ray. in the Diagnosis. *Amer. Journ. Gyn. and Obst.*, N° 4, 1938, p. 696.

Meikljohn, Stallworthy. — Un cas de carcinome à cellules squameuses survenant dans un kyste dermoïde de l'ovaire. *Journ. of Osbt. and Gyn. of Brit. Emp.*, N° 5, octobre 1938.

Mengert. — Puberté précoce due à un kyste de l'ovaire chez une fillette de 5 ans. *Amer. Journ. Gyn. et Osbt.*, N° 3, mars 1939.

Minne et Gernez. — Kyste de l'ovaire chez l'enfant. *La Gynécologie*, novembre 1938.

Moraes, Regio. — Kyste de l'ovaire dans l'enfance. *An. Bras. de Gyn.*, N° 3, septembre 1938.
Nelson H. M. — Un Kyste de l'ovaire inhabituel. *Amer. Journ. Gyn. et Obst.*, N° 4, octobre 1938.
Newmann. — Adénome kystique de l'ovaire chez une enfant de 8 ans. *Texas St. Journ. of Med.*, janvier 1938.
Nordentoff. — Kyste volumineux de l'ovaire. *Nordisk Med.*, N° 44, novembre 1939.
Parculesco, Poanitescu. — Grossesse ectopique, kystes ovariens du même côté. *Gyn. et Osbt.*, (Bucarest), N° 5 et 4, 1937.
Patel, Marion. — Hématocèle péritonéale par rupture d'un kyste ovarien. *Lyon Médical*, N° 40, 1939.
Paulo Santos. — Cysto dermoïdo do ovario. *An. Bras. de Gyn.*, N° 3, 1936.
Petrignani. — Kyste de l'ovaire fistulé dans le colun sigmoïde. *Mém. de l'Acad. de Chir.*, 24 février 1937.
Petrignani et Barraud. — Torsion aiguë d'un kyste de l'ovaire. Activité endocrine des tumeurs de l'ovaire chez l'enfant. *Actualités Méd. Chir.*, Poitiers, N° 6, 1938.
Poujol. — Kystes de l'ovaire chez l'enfant. *Th. Montpellier*, N° 5, 1939.
Schottenfeld. — Kyste dermoïde de l'ovaire bilatéraux. *Amer. Journ. of Obst. et Gyn.*, N° 5, 1938.
Schwartz Schiller. — Kystes tubo-ovariens. *Paris Méd.*, N° 22, 1938.
Seurin (Mlle). — Kyste de l'ovaire chez un enfant. Torsion de son pédicule. *Th. Nancy*, N° 7, 1940.
Ugalde, Nieto. — Considérations relatives aux kystes géants de l'ovaire. *Rev. de Cir. de Mexico*, avril 1937.
Vergoz et Clément. — Kyste dermoïde de l'ovaire, torsion après accouchement. *Algérie Médicale*, N° 128, 1938.
Vignes. — Production expérimentale de kystes ovariens. *Ann. Médico-chirurgicales*, N° 3, 1937.

Endométriose Ovarienne.

Binet et Cassel. — Endométriomes utérins et kystes folliculaires de l'ovaire. *Bull. Soc. de Gyn. et Obst.*, Paris, 1937.
Brocq et Palmer. — Diagnostic clinique et opératoire des endométriomes de l'ovaire. *Mém. de l'Acad. de Chir.*, N° 31, séance du 2 décembre 1936.
Brook Bland. — Endométrioses. *Gyn. et Obst.*, N° 1, 1941.
Cotte et Mathieu. — Endométriose génitale. *Mém. de l'Acad. de Chir.*, décembre 1939.
Cotte et Mathieu. — Endométriose ovarienne : étude anatomoclinique et thérapeutique. *Gyn. et Obst.*, N° 2, 1939.

Daniel Gerota. — Deux cas d'endométriome kystique de l'ovaire. *Gyn. et Obst.*, décembre 1937.
Folke Hotze. — Endométriose avec réaction gravidique. *Gyn. et Obst.*, N° 4, octobre 1938.
Isidor. — De l'origine folliculaire de certains kystes hématique endométrioïdes de l'ovaire. *La Gynécologie*, mars 1937.
Mondor et Olivier. — Endométriomes ovariens. *Soc. Anat. de Paris*, 13 janvier 1938.
Moulonguet. — Traitement des endométrioses. *Gyn. et Osbt.*, N° 5, 1941.
Phillipp und Huber. — Die Klinik der Endometriose in Lichte neuer Forschungsergebuisse. *Zentr. für Gyn.*, N° 9, 1939, p. 482.
Portes et Varangot. — Endométriose et gestation. *Gyn. et Obst.*, N° 4, 1939.
* Tchijoff. — Endométriomes de l'ovaire. *Th. Paris*, 1936, N° 546.
Tuthill. — Endométriose maligne ressemblant à un arrénoblastome. *Arch. of Surgery*, N° 3, septembre 1938.
* Witz. — Endométriomes. *Th. Strasbourg*, 1938.

Tumeurs végétantes.

Bender. — Epithélioma de la paroi abdominale développé à la suite d'une greffe opératoire intra-pariétale d'un cysto épithéliome de l'ovaire. *Soc. Franc. de Gyn.*, N° 3, 1938.
* Capiaux. — Epanchements gélatineux du péritoine d'origine ovarienne. *The Lille*, 1937.
Delannoy, Demarez et Bedrine. — Cancer wollfien bilatéral des ovaires. *Bull. de la Soc. de Gyn. et Obst.*, Paris, 1937, p. 502.
Decoulx et Bastien. — Deux nouveaux cas de péritonite gélatineuse d'origine ovarienne. *Soc. de Gyn. et Obst.*, Paris (Lille), juillet 1938.
Decoulx et Patoir. — Epanchements gélatineux du péritoine. *Gazette des Hôpitaux*, N° 35, 1937.
Decoulx et Patoir. — Péritonite gélatineuse. *Bull. de la Soc. de Gyn. et Obst.*, Paris 1937, p. 414.
Gaston. — Cystadénome de l'ovaire. *Surgery*, N° 3, septembre 1939.
Guerdjikoff. — Kyste adénocarcinomateux de l'ovaire. *Helvetica Medica. Acta*, 3 juin 1938.
Meiser. — Clinique et anatomie pathologique de la tumeur papillaire de l'ovaire. *Zentr für Gyn.*, N° 15, 12 avril 1941.
* Schuster. — Tumeurs végétantes des ovaires. Pronostic et Traitement. *Th. Nancy*, 1936.

Tumeurs solides.

Tumeur de Brenner.

Chiray, Albot et Balmez. — Tumeur de Brenner associée à un syndrome polyendocrinien cirrhotique. *Bull. Ass. Franç. Etud. Cancer,* N° 4, mai 1939.

Christidis, Stoia et Stanciulesco. — Tumeur de l'ovaire de type Brenner. *Bull. As. Franç. et. Cancer,* N° 6, 1937, p. 663.

Eleizegui. — Un cas de tumeur de Brenner. *Vida Nueva,* juin 1938.

Gnassi. — Tumeur de Brenner. *Amer. Journ. Gyn and Obst.,* mars 1937.

Kleine — Fréquence générale de la tumeur de Brenner et du kyste pseudo-mucineus associé. *Zentr. für Gyn.,* 16 septembre 1939.

Mocquot et Varangot — Deux cas de tumeur de type Brenner. *Soc. Anat. de Paris,* 5 mai 1938.

* Dockerty, Mac Carty. — Tumeur de Brenner. *Amer. Journ. Gyn. and Obst.,* N° 5, 1939.

Rodriguez. — Conceitos dos tumores de Brenner. *An. Bras. de Gyn.,* novembre 1937.

Smith, Pettit. — 10 cas de tumeur de Brenner. *Amer. Journ. Gyn. and Obst.,* N° 1, juillet 1939.

Varangot. — Tumeur de l'ovaire de type Brenner. *Gyn. et Obst.,* août 1938, **38**, 11.

Fibrome de l'ovaire.

Adeato Filho. — Fibro-myome de l'ovaire droit et kyste de l'ovaire gauche. *Rev. de Gyn. y Obst.,* (Rio de Janeiro), N° 5, mai 1939.

Barbosa de Barros. — Fibrome solide de l'ovaire à pédicule tordu. *An. Paulistas de Med. y Cir.,* (Sao-Paulo), N° 4, 1939.

Brito. — Léiomyome de l'ovaire. *An. Brasileiros de Gyn.,* N° 3, septembre 1937.

Charbonnel et Ringenbach. — Coexistence de fibromes de l'ovaire et de l'utérus chez une femme vierge. *Journ. Méd. Bordeaux et Sud-Ouest,* N° 49, 1937.

Curran, Goodale, Crane. — Fibrome de l'ovaire. *New-York State Journ. of Med.,* N° 12, 1938.

Collina (de la), Bolla. — Fibromes de l'ovaire. *Semana Medica,* (Buenos-Aires), N° 48, 1937.

Delinotte, Leger. — Torsion d'un fibrome de l'ovaire. *Soc. Anat.* Paris, 7 avril 1938.

* Drecq. — Fibromes de l'ovaire. *Th. Lille,* 1934.

Freire. — Fibrome de l'ovaire. *Prensa Med. Argent,* N° 45, novembre 1939.

Gandolfo Herrera. — Fibromes de l'ovaire. *Rev. Med. Latina Amer.*, N° 280, 1939.

Kessler. — Hernie transmésocolique avec fibrome de l'ovaire tordu, ulcus médiogastrique sténosant. *Soc. Gyn. et Obst.*, Paris, 3 juillet 1939.

Lanza. — Diagnostic et histogénèse d'un rhabdomyome de l'ovaire. *An. di Obst. Gyn. Milan*, N° 6, juin 1939.

Lazortiies. — Métrorragies de cause exceptionnelle : fibrome de l'ovaire. *Bull. de la Soc. de Gyn. et Obst.*, Paris, 1937, p. 544.

Mandruzzatto. — Contribution à l'étude des fibromes de l'ovaire. *Atti della Soc. Ital. de Gyn. e Obst.*, N° 2, mars 1938.

Meigs. — Fibrome de l'ovaire avec ascite et hydrothorax. *An. of Surgery*, N° 4, octobre 1939.

Meigs, Cass. — Fibromes de l'ovaire avec ascite et hydrothorax. *Amer. Journ. Gyn. and Obst.*, N° 2, février 1937.

Mondor. — Fibromes de l'ovaire. *Orientation médicale.* 1936, **5**, 1.

Nobre. — Fibrome de l'ovaire. *An. Paulistas de Med. y Cir.*, N° 2, février 1939.

O'Donel, Brown. — Un cas de fibrome de l'ovaire calcifié. *The Irish Journ. Med. Soc. de Dublin*, N° 169, janvier 1940.

Peltier de Queiroz. — A propos de 3 cas de fibrome de l'ovaire. *Rev. de Gyn. y Obst. da Brazil*, N° 2, août 1937.

Papin. — Fibrome pur de l'ovaire à symptomatologie de tumeur maligne. *Bull. de la Soc. de Gyn. et Obst.*, Paris, 1935, p. 207.

Palacio, Costa, Pastorini. — Fibrome de l'ovaire. *Semana Medica* (Buenos-Aires), N° 34, août 1939.

Ramirez, Telleria. — Fibrome de l'ovaire. *Semana Medica*, N° 36, août 1939.

Roads and Terrel. — Fibrome de l'ovaire avec ascite et hydrothorax. *The Journ. of the Amer. Med.*, novembre 1937.

Tison. — Les fibromes de l'ovaire. Etude anatomo-clinique. *Pratique Méd. Franç.*, N° 6, avril 1936.

Vayssière et Chosson. — Fibrome de l'ovaire. *Bull. Soc. de Chir. de Marseille*, mai 1929, séance 8 avril 1929, p. 371.

Vayssière et Chosson. — Fibrome de l'ovaire. *Bull. Soc. de Chir. de Marseille*, séances 14 avril et 5 mai 1930. **4**, p. 210 et 225.

Votta. — Myomes de l'ovaire. *Prensa Med. Argent.*, N° 52, 1937.

Wild. — Fibrome de l'ovaire avec ascite et effusion pleurale. *New England, Journ. Med.*, 10 février 1936.

Zucarelli. — Fibromes de l'ovaire. *Soc. de Chir. de Marseille*, 8 novembre 1937.

Tumeur de Krukenberg.

Aiello. — Tumeur métastasique de l'ovaire d'origine gastrique (Krukenberg) *Semana Medica*, N° 14, avril 1939.
Chalochet. — Tumeur de Krukenberg. *Picardie Medicale*, N° 1, 1938.
Clerens. — A propos d'un cas de tumeur de Krukenberg. *An. de la Soc. Belge de Chir.*, N° 1, 1938.
Clerens. — Un cas de tumeur de Krukenberg. *Le Scalpel*, N° 20, 1938.
Dockeray. — Tumeur de Krukenberg. *The Lancet*, (Londres), 1er avril 1939.
Dupont et Crousse. — Métastase ovarienne des cancers digestifs. *An. de la Soc. Belge de Chir.*, N° 1, 1938.
Driessens et Malatray. — Métastase ovarienne d'un épithélioma appendiculaire. *An. d'Anat. Path.*, N° 6, juin 1938.
Guibal, Louyot et Beau. — Tumeur de Krukenberg. *Soc. de Gyn. et Obst., Paris*, (Nancy), 6 février 1939.
Gusmao, Ridaviava. — Tumeur de Krukenberg. *Rev. de Gyn. y Obst.*, (Rio-de-Janeiro), N° 3, 1938.
Held. — Tumeur de Krukenberg *et aménorrhée. Helv. Med. Acta*, (Bâle), janvier 1939.
Kleine. — Fréquence des tumeurs de Krukenberg. *Zentr. für Gyn.*, N° 37, septembre 1939.
Lubin, Rolayes. — Tumeur de Krukenberg, avec envahissement de l'appendice. *Amer. Journ. Gyn. and Obst.*, N° 5, mai 1940.
Maia, Motta, Duek. — Tumeur de Krukenberg. *Rev. de Gyn. y Obst.*, N° 3, mars 1938.
Novak and Gray. — Tumeur de Krukenberg. *Surgery, Gyn. and Obst.*, N° 2, 1938.
Piana. — Participation de l'ovaire aux tumeurs du tube digestif. *Arch. Ital. di Anat.*, (Bologne), N° 5, mai 1939.
Raymond. — Deux observations de tumeur de Krukenberg. *Th. Bordeaux*, N° 94, 1939.
Santy, Rousselin et Mathieu. — Tumeurs de Krukenberg. *Lyon Chirurgical*, juillet et août 1938.
Schmidt. — Tumeur de Krukenberg et autres tumeurs métastasiques. *Zentr. für Gyn.*, N° 44, octobre 1938.
Uhlman. — Métastases cancéreuses de l'ovaire : les tumeurs de Krukenberg. *Arch. für Gyn.*, 24 février 1939.
Vaptzaroff. — Les tumeurs de Krukenberg. *Th. Bordeaux*, N° 248, 1934.
Viana. — Métastase ovarienne de carcinome gastrique et grossesse gémellaire. *An. di Obst. e Gin.*, N° 4, avril 1939.
Votta y Arrillaga. — Tumeur de Krukenberg unilatérale. *Prensa. Med. Argentina*, N° 3, 4 août 1937.

Watrin, Vermelin et Chalmet. — Tumeur de Krukenberg au cours de la gestation. *Soc. de Gyn. et Obst. Paris*, N° 1, 25 décembre 1938.

Woodall. — Tumeur de Krukenberg. *Arch. of Surgery*, N° 1, 1939.

Seminome de l'ovaire.

Blanchot et Gourmain. — Un cas de séminome de l'ovaire. *Soc. de Chir. de Bordeaux et du Sud-Ouest*, 10 février 1938.

Brody. — Dysgerminome de l'ovaire. *Amer. Journ. Gyn. and Obst.*, N° 4, 1938.

* Clairefond. — Séminome de l'ovaire. *Th. Bordeaux*, N° 7, 1938.

Christidis, Fagarasanu. — Séminome de l'ovaire. *Lyon chirurgical*, N° 1, 1938.

Cunningham. — Dysgerminome ovarien bilatéral génant l'accouchement. *The Irish Journ. of Med. Sc.*, (Dublin), N° 168, décembre 1939.

Dionisi. — Séminome de l'ovaire. *Bull. de Inst. de Clin. Quir.*, (Buenos-Aires). N° 127, septembre 1939.

Dionisi. — Séminome de l'ovaire. *Prensa Med. Arg.*, (Buenos-Aires), N° 40, octobre 1939.

Dockerty and Mac Carty. — Dysgerminome. *Amer. Journ. Gyn. and Obst.*, N° 5, mai 1939.

Doderlein. — Clinique des dysgerminomes. *Zentr. für Gyn.*, 2 mai 1936.

* Fabre. — Séminomes de l'ovaire. *Th. Montpellier*, N° 91, 1939.

Fauvet. — Clinique du Dysgerminome. *Zentr. für Gyn.*, 21 mars 1936.

Feenen. — Dysgerminome chez une naine achondroplasique. *The Irish Journ. of Med. Sc.*, N° 168, décembre 1939.

Foderl. — Pathologie et clinique du dysgerminome de l'ovaire. *Arch. für Gyn.*, Fasc. 3, 1938.

Frankl. — Les dysgerminomes de l'ovaire. *Zentr. für Gyn.*, N° 29, 1936.

Gough. — Un cas de dysgerminome associé à de la masculinité. *Journ. of Gyn. and Obst. of British Emp.*, N° 5, octobre 1938.

Greenblat and Pund. — Dysgerminome de l'ovaire. *Amer. Journ. Gyn. and Obst.*, N° 4, 1938.

Hamant et Cornil. — Séminome de l'ovaire. *C. R. Soc. de Gyn. et Obst.*, mai 1925.

Hoia, Stanciulesco. — Séminomes de l'ovaire. *Bull. de l'As. Franç. Etude du Cancer*, 1940.

Hollstein. — Trois cas de dysgerminome de l'ovaire. *Zentr. für Gyn.*, N° 20, 1939.

Huckel. — Grossesse après irradiation et opération pour dysgerminome. *Geb. und Frau*, N° 5, mai 1399.

Ibarbia. — Dysgerminome de l'ovaire. *Rev. Med. Quir. de Path. Fem.*, N° 81, 1939.
Jorge et Moreno. — Séminome de l'ovaire. *Prensa Med. Argentina*, N° 46, 1937.
Novak and Gray. — Dysgerminome de l'ovaire. *Amer. Journ. Gyn. and Obst.*, N° 6, juin 1938.
Rosembaum. — Anatomie Pathologique et Morphologie du dysgerminome. *Zentr. für Gyn.*, N° 1, 4 février 1941.
Russel. — Le dysgerminome de l'ovaire. *The Journ. Obst. and Gyn. of British Emp.*, N° 2, avril 1938.
Sardi y Ahumada. — Lésions et symptômes du dysgerminome. *Rev. Med. Quir. de Pato. Fem.*, (Buenos-Aires), N° 80, juin 1939.
Seegar Emory. — Dysgerminome de l'ovaire. *Arch. of Surgery*, N° 5, novembre 1938.
Spichman, Morton. — Essai hormonal dans un cas de dysgerminome de l'ovaire. *Amer. Journ. Gyn. and Obst.*, N° 4, octobre 1938.
Stabler. — Dysgerminome enlevé au cours de la gestation. *Journ. Obst. and Gyn. of British Emp.*, N° 4, août 1937.

Tératomes et sarcomes.

Bauer. — Tératome embryonnaire de l'ovaire. *Zentr. für Gyn.*, N° 18, mai 1939.
Benkwitz. — Tératome de l'ovaire dans la jeunesse. *Zentr. für Gyn.*, N° 48, 1938.
Chalochet. — Un cas de goitre ovarien. *Picardie Médicale*, N° 1, 1936.
Cornil, Carcassonne, Mosinger et Paillas. — Un cas d'embryome de l'ovaire à structure nerveuse prédominante. *An. d'Anat. Path.*, 1936, **13**, 529.
Durfee, Peerls. — Lymphosarcome primitif de l'ovaire. *Amer. Journ. of Cancer*, juillet 1937.
Fikentscher. — Contribution aux chorio-épithéliomes de l'ovaire producteurs de métastase avec augmentation de la production de l'hormone gonadotrope. *Mediz. Klinische*, N° 15, avril 1937.
Gagert, Wiesener. — Puberté précoce partielle chez une fillette de 4 ans avec sarcome de l'ovaire à cellules polymorphes. *Zentr. für Gyn.*, N° 13, mars 1937.
Kleine. — Observation sur la fréquence des goitres ovariens. *Zentr. für Gyn.*, N° 35, septembre 1939.
Machado, Horta. — Chorio-épithéliome avec lutéinisation massive des ovaires. *Rev. de Gyn. y Obst.*, (Rio-de-Janeiro), N° 2, août 1938.
Magnin, Canepa. — Sarcome fuso-cellulaire de l'ovaire chez une jeune fille de 13 ans. *Semana Med.*, (Buenos-Ayres), N° 11, mars 1939.
Masciotta. — Tumeurs tératoïdes de l'ovaire. *Rev. Med. Quir. de Pat. Fem.*, N° 6, juin 1937.

Preston, Gay. — Choriome primitif de l'ovaire. *Amer. Journ. Gyn. and Obst.*, N° 4, 1937.

Sbarcea. — Tératome de l'ovaire avec réaction d'Ascheim-Zondek positive. *Zentr. für Gyn.*, N° 13, 1er avril 1939.

Schokaerts, Lambillon et Naulerts. — A propos d'un cas de mélanosarcome de l'ovaire. *Bull. de la Soc. Belge de Gyn. et Obst.*, N° 2, 1938.

Searty. — Tératome de l'ovaire chez l'enfant. *The Med. Journ. of Australia*, (Sydney), N° 20, 1937.

Tumeurs endocrines.

Tumeurs folliculinisantes.

Anderson, Sheldon. — Carcinome à cellules de la granulosa de l'ovaire chez une enfant de trois ans et neuf mois. *Amer. Journ. Gyn. and Obst.*, juillet 1937.

Arnaud, Paillas et Dalsace. — Folliculome de l'ovaire. (*Soc. chim.*, Marseille 1941).

Bernardt. — Double récidive d'une tumeur de la granulosa. *Zentr. für Gyn.*, N° 24, juin 1939.

Charbonnel et Ringenbach. — Métrorragies mortelles par kystes folliculaires de l'ovaire. *Soc. de Gyn. et Obst.*, 13 juin 1938.

Collins, Varino, Weed. — Tumeurs à cellule de la thèque interne de l'ovaire. *The Journ. of the Amer. Med. As.*, N° 18, octobre 1939.

Colodrero. — Tumeur à cellule de la granulosa. *Rev. Med. Quir. de Pat. Fem.*, (Buenos-Ayres), N° 67, 1938.

Compton. — Malignité des tumeurs de la granulosa. *Amer. Journ. Gyn. and Obst.*, N° 34, juillet 1937.

Countiss. — Tumeurs à cellules de la granulosa. *Amer. Journ. Gyn. and Obst.*, N° 4, octobre 1938.

Delarue et Isidor. — Tumeur à type thécal. *Bull. du Cancer*, N° 4, mai 1938.

Dellepiane. — Tumeur de la thèque et de la granulosa. *At. della Soc. Ital. di Gyn. e Obst.*, N° 3, mai 1938.

Diaz, Colodrero. — Sur une tumeur de l'ovaire à cellules de la granulosa. *Rev. Med. de Gyn. y Pat. Fem.*, N° 5. mai 1938.

Dockerty. — Tumeur à cellules de la thèque. *Amer. Journ. Gyn. and Obst.*, N° 3, mars 1940.

Dockerty and Mac Carty. — Tumeur à cellules de la granulosa. *Amer. Jorun. Gyn. and Obst.*, N° 3, mars 1939.

Dockerty and Mac Carty. — Tumeur à cellules de la granulosa : radiosensibilité. *Amer. Journ. Gyn. and Obst.*, N° 1, janvier 1940.

Finkler. — Tumeur à cellules de la granulosa de l'ovaire avec carcinome du sein. *Amer. Journ. Gyn. and Obst.*, N° 5, novembre 1938.

Fischer. — Tumeur à cellules thécales de l'ovaire. *Amer. Journ. Gyn. and Obst.*, N° 6, 1938.

Geist, Gaines. — Tumeur à cellules de la thèque interne. *Amer. Journ. Gyn. and Obst.*, N° 1, 1938.

Greenhill and Greenblatt. — Etat du thécome : ses relations avec la tumeur à cellules de la granulosa. *Amer. Journ. Gyn. and Obst.*, N° 4, octobre 1938.

Harms. — Tumeur à cellule de la granulosa chez une jeune fille. *Zentr. für Gyn.*, 2 janvier 1937.

Jeanneney et Rousseau. — Folliculome de l'ovaire ; tumeur de la granulosa. *Rev. Franc. de Gyn. et Obst. Paris*, N° 11, novembre 1938.

Jeanneney et Rousseau. — Un cas de folliculome de l'ovaire. *Journ. de Bordeaux et du Sud-Ouest*, N° 8, déc. 1939.

Lucien, Guibal et Beau. — Deux cas de folliculome de l'ovaire. *Soc. Franç. de Gyn.*, juin 1938.

Meeker, Localio. — Tumeur à cellules de la granulosa. *New-York State Journ. of Med.*, Vol. 38, N° 15, août 1938.

Migliavacca. — Cas démonstratif des lésions et de la clinique des tumeurs à la granulosa. *An. di Obst. e Gyn. Milan*, N° 4, avril 1939.

Mocquot, Moricard, Palmer et Gothier. — Tumeurs thécales. *Soc. de Gyn. et Obst. de Paris*, 1937, p. 703.

Montpellier et Laffargue. — Folliculomes de l'ovaire. *Algérie Médicale*, N° 27, juillet 1938.

Moulonguet et Varangot. — Tumeur de la thèque interne de l'ovaire. *Journ. de Chir. Paris*, N° 3, mars 1939.

Norris. E. H. — Carcinome à cellules de la granulosa ; tumeur maligne de l'ovaire et effets endocriniens. *Amer. Journ. of Cancer*, août 1938.

Prestini, Oswaldo, Yarau. — Tumeur à cellules de la granulosa. *Bull. de la Soc. de Obst. y Gyn. de Buenos-Ayres*, 24 avril 1937.

Parks. — Tumeurs à cellules de la granulosa. *Amer. Journ. Gyn. and Obst.*, N° 4, octobre 1938.

Palmer. — Hormone œstrogène dans l'urine et la tumeur de la granulosa. *Amer. Journ. Gyn. and Obst.*, N° 3, mars 1939.

Parks. — Puberté précoce par une tumeur de la granulosa. *Amer. Journ. Gyn. and Obst.*, N° 3, octobre 1938, p. 674.

Ricardoni. — Tumeur de la granulosa de l'ovaire chez l'enfant et le nourrisson. *T. Marseille*, 1940.

Salgado. — Tumeur à cellules de la granulosa. *Rev. de Gyn. y Obst.*, (Rio-de-Janeiro), février 1939, **1**, N° 2.

Schokaert et Brenez. — Etude des folliculomes de l'ovaire avec relation d'un cas nouveau. *Bruxelles Med.*, N° 40, mars 1938.

Seegar, Jones. — Tumeur de la granulosa : métrorragies. *Surgery*, N° 3, septembre 1939.

Traut, Marchetti. — Tumeur de l'ovaire de la granulosa et de la thèque. *Surgery Gyn. and Obst.*, N° 3, mars 1940.

* Varangot. — Tumeur de la granulosa. *Th. Paris,* 1937.
Varangot. — Syndrome d'hyperfolliculinisme, ses limites, ses bases. *Presse Médicale,* N° 61, 1938.
Varangot. — Tumeur de la thèque interne de l'ovaire. *Journ. de Chir.,* N° 3, 1939.
Vayssière, Mosinger, Cerati et Donnet. — Un cas de tumeur de l'ovaire à structure endocrinienne mixte : folliculo-lutéinome. *Bull. Soc. Gyn. et Obst. Paris,* 1936, **25**, 321.

Tumeurs lutéinisantes.

* Bourg et Rocmans. — Lutéome de l'ovaire. *Bruxelles Méd.,* 10 octobre 1937.
Cornil, Mosinger et Donnet. — (Rapport de J. Chosson) Syndrome de pseudo-gestation associé à un fibrome (Kyste lutéinique, métrose déciduiforme, test de Brouha Friedmann). *Soc. de Chir. Marseille,* 15 juillet 1935, *Bull.,* **9**, p. 378.
Cotte. — Kystes du corps jaune. *Gyn. et Obst.,* N° 1 et 2, 1941.
Cuizza. — Diagnostic des kystes du corps jaune persistant. *Atti della Soc. Ital. di Gyn.,* janvier 1939.
Delarue et Isidor. — Deux cas de tumeur lipidique de l'ovaire ; tumeur à type de lutéinome. *Bul.l de Ass. Franç. pour Et. du Cancer,* N° 4, 1938.
Dumitrescu, Nitescu. — Kystes lutéiniques de l'ovaire. *Rev. Obst. et Gny.,* (Bucarest), N° 1, janvier 1939.
Figarella. — A propos des kystes lutéiniques. *Comptes rendus Travaux Soc. d'Obst. et Gyn. de Marseille,* 1941, p .12.
Guercio. — Contribution à l'étude des aspects cliniques des kystes lutéiniques. *At. de la Soc. It. di Gyn. e Obst.,* N° 3, mai 1938.
Petit. — Kystes lutéiniques. (*Th. Paris,* 1938).
Portes. — Kystes folliculaires et lutéiniques. *Mém. de Acad. de Chir.,* 1936, **62**, 1228.
Saphir. — Tumeur à cellules lutéiniques. *Amer. Journ. Gyn. and Obst.,* N° 6, juin 1939.
Ten Berge. — Les kystes lutéiniques. *Gyn. Obst.,* N° 6, juin 1938.
van Tongeren. — Pseudo gravidité par les kystes lutéiniques. *Gyn. Obst.,* N° 5, 1936.

Tumeurs masculinisantes.

Benecke. — Tumeurs ovariennes virilisantes. *Med. Welt.,* 25 septembre 1937.
Boltuch. — Tumeur masculinisante de l'ovaire. *Amer. Journ. Gyn. and Obst.,* N° 5, mai 1940.
Brocq. — Tumeur masculinisante de l'ovaire. *Mém. Acad. de Chir.,* Janvier 1939.

Correa da Costa. — Tumeur masculinisante. *Rev. de Gyn. et Obst. du Brésil,* N° 1, juillet 1938.
Dellepiane. — Tumeurs virilisantes de l'ovaire. *Rassegna Cliniqua Sc.,* (Milan), N° 10, octobre 1939.
Diaz, Colodrero. — Les tumeurs fonctionnantes de l'ovaire. *Rev. Med. Quir. de Pat. Fem.,* (Buenos-Ayres), N° 74, décembre 1938.
Dockerty et Mac Carty. — Arrenoblastome. *Surg. Gyn. and Obst.,* N° 4, avril 1939.
Escobar Pires. — Arrénoblastome de l'ovaire. *Rev. de Gyn. y Obst. du Brésil,* N° 4, avril 1938.
Glaser, Haempsel. — Constatation hormonale dans une tumeur virilisante de l'ovaire. *Klin. Wosch.,* N° 24, juin 1937.
Haffner. — Tumeur virilisante de l'ovaire : arrénoblastome. *Norsk. Magasin for laegeridenskagen,* N° 8, août 1937.
Hitzanides. — Virilisme et tumeur de l'ovaire. *Soc. de Gyn. et Obst.,* 11 janvier 1938.
Kleine. — Influence exercée sur les caractères sexuels par le blatome de l'ovaire. *Deutch. Mediz. Wosch.,* N° 27, 1938.
Kleine H. O. — Blastome kyper néphroïde primitif de l'ovaire. *Zentr. für Gyn.,* N° 41, octobre 1939.
Kreutzmann. — Un cas d'hypernéphrome atypique malin de l'ovaire. *Zentr. für Gyn.,* N° 41, octobre 1939.
Lang. — Tumeurs masculinisantes de l'ovaire. *Th. Paris,* 1941.
Luzuy. Tumeur masculinisante de l'ovaire. *Ac. de Chir.,* décembre 1938.
Luzuy. — Tumeur masculinisante de l'ovaire. *Soc. de Gyn. et Obst. de Paris,* mai 1939.
Norris. — Une tumeur de l'ovaire associée à des effets endocriniens. *Amer. Journ. of Cancer,* **32**, 1938.
Novak E. — Tumeur masculinisante de l'ovaire. *Amer Journ. Gyn. and Obst.,* N° 5, novembre 1938.
Plate. — Gynanadroblastome de l'ovaire. *The Journ. Gyn. and Obst. of the British Emp.,* avril 1938, **45**, N° 2.
Pires. — Arrénoblastome de l'ovaire. Tumeurs masculinisantes. *Rev. de Gyn. et Obst.,* N° 4, 1938.
Paula Xavier, Abreu Junqueira. — Un cas d'arrénoblastome avec grossesse et virilisme de la mère et du fœtus. *Rev. de Gyn. et Obst.,* (Rio-de-Janeiro), N° 3, 1938.
Reis O'Saphir. — Eléments masculinisants de l'ovaire. *Amer. Journ. Gyn. and Obst.,* N° 6, 1938.
Rottino, Mac Grath. — Masculinoblastome. *Arch. of Intern. Med.,* N° 4, avril 1939.
* Rouan. — Arrénoblastome. *Th. Bordeaux,* N° 133, 1939.
Turco. — Hypernéphrome de l'ovaire très malin. *Minerva Med.,* (Turin). N° 48, 1937.
Varangot. — Tumeur masculinisante de l'ovaire. *Soc. de Gyn. et Obst. Paris,* 1 janvier 1938.

Wijsenbeeck, Plate. — Un cas d'arrénoblastome de l'ovaire avec recherche hormonale. *Ned. Tigd. Woor Gyn.*, 16 mars 1940.

Traitement.

Barthe. — Etude statistique des hystérectomies pour lésions annexielles. *Th. Bordeaux*, N° 63, 1939.

Boeminghans. — Opération des kystes de l'ovaire énormes. *Der. Chir.*, (Berlin), Fasc. 3, février 1939.

Benthin. — Traitement des tumeurs malignes de l'ovaire. *Zentr. für Gyn.*, 1939, N° 7, p. 384.

Gaffier. — Ovariectomie unilatérale et ses suites. *Zentr. für Gyn.*, 1938, N° 5, p. 262.

Demarez. — Chirurgie de l'épithélium ovarien. *Echo Médical du Nord*, N° 11, janvier 1939.

Frigg, Beetz. — Nouvelle technique opératoire dans les kystes de l'ovaire. *Zentr. für Gyn.*, N° 21, mai 1938.

Harttung. — Technique opératoire des kystes ovariens énormes. *Arch. für Gyn.*, mai 1938.

* Hebrard. — Hystérectomie dans les tumeurs de l'ovaire. *The Lyon*, N° 128, 1938.

Holtaermann. — Traitement des tumeurs de l'ovaire. *Münch. Mediz. Wosch.*, N° 21, mai 1939.

Kahr. — Dans quel cas convient-il de pratiquer l'ablation des ovaires en présence d'une tumeur ovarienne unilatérale. *Wien. Klin. Wosch.*, juillet 1937.

Maynard. — Contribution à l'extirpation chirurgicale des kystes de l'ovaire. Montpellier, N° 82, 1939.

Natale. — Mortalité et morbidité après radiothérapie du cancer gynécologique. *Tumori*, Fasc. 2, mars 1939.

Portes et Varangot. — Indications de l'ovariectomie au cours de la gestation. *Gyn. et Obst.*, N° 2, 1939.

Poli. — Ovariectomie bilatérale au début de la grossesse. *Th. Marseille*, 1940.

Russu. — Kystes de l'ovaire : quelques aspects chirurgicaux. *Nebraska Stat. Med.*, avril 1938.

Silhol. — Au sujet de l'ovariectomie. *Archives mensuelles de Gyn.*, 1913, p. 338.

Stein, Cohen. — Traitements chirurgicaux dans les ovaires kystiques bilatéraux. *Amer. Journ. Gyn. and Obst.*, N° 3, septembre 1939.

Tillet. — Traitement radiothérapique des tumeurs malignes du pharynx, du rein, de l'ovaire. *Th. Paris*, N° 1069, 1939.

TABLE DES MATIÈRES.

Pages.

Introduction 1

Définition. — Historique 3

Bases anatomiques. — Classification 7

Le syndrome tumoral ovarien 16

Les signes d'appel 16
Les formes séméiologiques du syndrome..... 21
Diagnostic général du syndrome 27

Etude clinique des formes anatomiques..... 32

Les tumeurs liquides ou kystes..... 33
Les tumeurs végétantes de l'ovaire..... 43
Les tumeurs ovariennes solides encapsulées.. 52
Les tumeurs endocrines 72

Diagnostic 90

Les éléments de la malignité..... 93

Traitement 99

Les moyens thérapeutiques 99
La Chirurgie 102
La Radiothérapie 116
La conduite thérapeutique 122

Conclusions 127

Bibliographie 131

MAURICE DECLUME
IMPRIMEUR - ÉDITEUR
LONS-LE-SAUNIER

Imprimé en France